



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

ACTAS/ANAIS

**Por la democracia, los derechos sociales y la
salud: volver al camino de la determinación
social y la soberanía popular**

**Por democracia, direitos sociais e saúde:
retomando o caminho da determinação social e
da soberania dos povos**

**Volumen 2/Volume 2
Cartel/Poster**

Realização

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Patrocínio

OPAS
Organização
Pan-Americana
da Saúde

FAPERJ
Fundação Coordenação de Amparo
à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

CAPEX

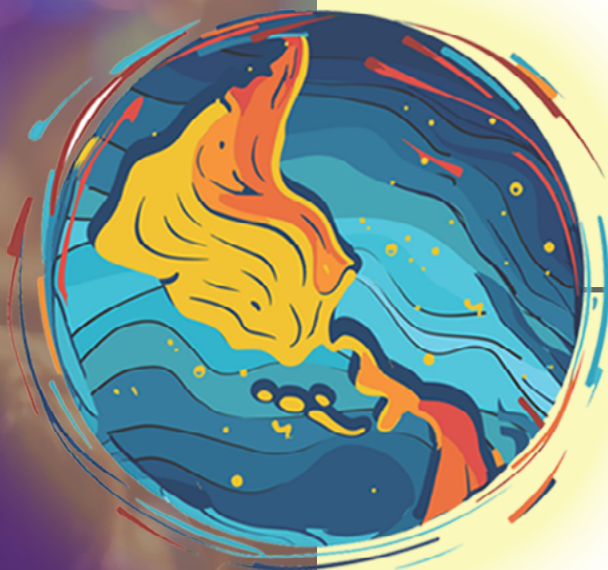
CNPq

**Sindicato dos
Trabalhadores
da Fiocruz**

ENSP

FIOCRUZ

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

ACTAS/ANAIS

**Por la democracia, los derechos sociales y la
salud: volver al camino de la determinación
social y la soberanía popular**

**Por democracia, direitos sociais e saúde:
retomando o caminho da determinação social e
da soberania dos povos**

**Volumen 2/Volume 2
Cartel/Poster**

© 2026 – 1.ª edição – Editora Cebes

Las opiniones de los autores no reflejan necesariamente las opiniones de las instituciones. / A opinião dos autores não reflete necessariamente a opinião das instituições.

Esta publicación se distribuye gratuitamente; se prohíbe su comercialización. Descargue la publicación completa desde el sitio web de Alames: www.alames.org / Publicação com distribuição gratuita, com comercialização proibida. Baixe a íntegra desta publicação no site da Alames: www.alames.org

Actas del XVIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Pública / Anais do XVIII Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, fevereiro de 2026.

Normalización / Normalização

Luiza Nunes

Mariana Acorse

Diseño gráfico y maquetación / Projeto Gráfico e diagramação

ALM Apoio à Cultura

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Congresso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva (18. : 2025 : Rio de Janeiro, RJ)
Actas XVIII Congresso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva : por la democracia, los derechos sociales y la salud : volver al camino de la determinación social y la soberanía popular : volumen 2 [livro eletrônico] = Anais XVIII Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva : por democracia, direitos sociais e saúde : retomando o caminho da determinação social e da soberania dos povos : volume 2. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro : Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2026.

PDF

Vários autores.

Vários colaboradores.

Edição bilíngue: espanhol/português

Bibliografia.

ISBN 978-65-87037-21-9

1. Democracia 2. Direito à saúde 3. Direitos humanos 4. Medicina social 5. Saúde coletiva 6. Políticas públicas I. Título. II. Título: Anais XVIII Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva : por democracia, direitos sociais e saúde : retomando o caminho da determinação social e da soberania dos povos : volume 2.

26-344074.0

CDD-610.6

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina : Congressos 610.6

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA/XVIII CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

COMITÉ CENTRAL/COMISSÃO CENTRAL

Ana Maria Costa (Coordenação Geral)
Universidade do Distrito Federal

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

André Luiz da Silva Lima
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Carlos Fidelis da Ponte
Fundação Oswaldo Cruz

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense

Maria Lúcia Freitas
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

COMITÉ CIENTÍFICO/COMISSÃO CIENTÍFICA

Maria Lucia Frizon Rizzotto (Coordenação)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Ana Maria Costa
Universidade do Distrito Federal

Carla Daniele Straub
Universidade Federal do Paraná

Claudia Beatriz Naranjo Gómez
Universidad Nacional de Colombia

João Felipe Marques
Universidade Estadual de Londrina

José Selig
Universidad Autónoma de Santo Domingo

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense

Lilian Welz
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Michele Straub
Universidade Federal do Paraná

Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Susan López
Universidad Nacional de La Plata

COMITÉ DE INFRAESTRUCTURA/COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo (Coordenação)

Cristina Santos

Giovanna Bueno Cinachi

COMITÉ DE COMUNICACIONES/COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO

Fernanda Regina da Cunha (Coordenação)

Francisco Barbosa

Gabriel Semerene Costa

Maria Clara Marques Fagundes

Rita Loureiro

COMITÉ DE PROYECTOS Y FINANZAS/COMISSÃO DE PROJETOS E FINANÇAS

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo (Coordenação)

Cristina Maria Vieira de Almeida Santos

João Mário da Silva Pereira Sobrinho

COMITÉ DE PRECONGRESO/COMISSÃO DO PRÉ-CONGRESSO

André Luiz da Silva Lima (Coordenação)

Ana Maria Costa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Maria Lúcia Freitas

COMITÉ DE CULTURA Y OCIO/COMISSÃO DE CULTURA E LAZER

Nilza Rogéria de Andrade Nunes (Coordenação)

Carlos Fidelis da Ponte

SECRETARÍA/SECRETARIADO

Gabriel Semerene (Secretário executivo)

Guilherme Rabelo

Um evento



40 anos

Realização



Apoio



Patrocínio



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PRESENTACIÓN

América Latina es un continente de contrastes. En él se expresan, al mismo tiempo, la desigualdad y la esperanza; la concentración de la riqueza y la pobreza extrema; el autoritarismo y la democratización; la voracidad del mercado y la ampliación de la ciudadanía. En el ámbito de la salud se puede decir que América Latina se encuentra entre la oscuridad, la resistencia y la esperanza. La oscuridad reflejada en el impulso de políticas de salud neoliberales que entienden los servicios de salud solamente como bienes negociables; la resistencia expresada en la acción para impedir que los sistemas y redes públicas de salud desaparezcan o sean privatizados; y la esperanza en el desarrollo de modelos de salud que reconozcan y garanticen la salud como derecho humano fundamental y universal. Aun así, las desigualdades en la calidad de vida y en la condición de salud de la población son evidentes, han aumentado y no parece haber una tendencia en sentido contrario.

La Medicina Social y la Salud Colectiva, que constituyen el objeto de nuestra articulación continental en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), asumieron el desafío de, frente a la arrolladora política neoliberal, generar un proceso de diálogo social, político y académico entre las organizaciones y los movimientos sociales, las instituciones de salud y la academia respecto al lugar de la salud en la agenda política y de frente al desarrollo latinoamericano, reconociendo las diversas perspectivas, con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales, en la determinación social de la salud, en la utopía de los estados sociales de derecho desde la perspectiva de la salud como derecho humano fundamental, garantizado por el Estado. Ese fue el objetivo del XVIII Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva: profundizar nuestros análisis y proyectos políticos para reorientar nuestras estrategias de movilización y de lucha por más derechos.

El Congreso representó uno de los principales encuentros de salud colectiva en la región latinoamericana, un momento de celebración de los 40 años de ALAMES. El evento se centró en la construcción de sistemas de salud universales, con debates sobre democracia, derechos sociales y determinación social de la salud, con amplia participación de académicos, profesionales, sociedad civil organizada, estudiantes y gestores de salud de todas las regiones de Brasil y de diversos países de América Latina. El programa incluyó conferencias, mesas temáticas y otros formatos de presentación que buscaron profundizar la colaboración y el intercambio de conocimientos. Con la participación de diversos especialistas regionales e internacionales, el Congreso fortaleció redes de colaboración y amplió el debate académico para la construcción de políticas públicas eficaces.

Con el tema central “Por la democracia, los derechos sociales y la salud: retomando el camino de la determinación social y de la soberanía de los pueblos” marcamos la defensa del desarrollo sostenible, inclusivo, autónomo y con justicia social en América Latina. La programación del evento contó con dos conferencias centrales, cuatro grandes debates, 22 mesas redondas y 68 mesas de Comunicaciones

Orales. Se presentaron 419 trabajos en comunicaciones orales, 911 pósteres para un total de 2574 personas inscritas.

En torno al tema central se organizaron seis ejes temáticos y 37 sub-ejes. Los seis ejes fueron:

- CAPITALISMO Y SALUD: Análisis crítico de las relaciones entre el sistema capitalista y sus impactos en la salud de la población.
- SOBERANÍA Y DECOLONIZACIÓN: Exploración de la soberanía en salud y esfuerzos por descolonizar enfoques y prácticas médicas.
- DERECHOS SOCIALES: Discusión sobre la promoción y garantía de los derechos sociales como base para la equidad en salud.
- SALUD Y DEMOCRACIA: Reflexión sobre la intersección entre la salud pública y los principios democráticos, destacando desafíos y oportunidades.
- DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: Abordar factores sociales, económicos y ambientales que influyen y determinan la condición de salud, reconociendo la complejidad de estas interacciones.
- POLÍTICAS Y MODELO DE CUIDADO: Principios éticos, políticos y organizativos a adoptar en la construcción de los sistemas universales y decoloniales de salud.

Estos temas reflejan y abarcan los problemas y desafíos actuales en la consolidación de la democracia en el continente latinoamericano y el papel central de la salud. La pandemia de Covid-19 mostró la relevancia del debate sobre salud para el desarrollo y bienestar de las naciones. Al mismo tiempo, reveló los poderosos intereses comerciales que ingresan a los sistemas de salud para disputar recursos públicos en la oferta de servicios al mismo tiempo que concentran insumos y tecnología en manos de grandes corporaciones privadas. Este escenario atraviesa toda América Latina, al generar desigualdades de todo tipo e imponer restricciones a la democracia, en la medida en que concentra decisiones y poder al margen de las elecciones de la población. La defensa del derecho a la salud como pilar de los sistemas democráticos es actual y urgente, y el Congreso de ALAMES fue escenario del debate crítico y propositivo para la construcción de proyectos políticos de ampliación y consolidación del derecho humano a la salud. Los compromisos y posicionamientos del Congreso se recogieron en la Carta de Río de Janeiro. <https://congreso.alames.org/carta-do-rio-de-janeiro/>. Y para coronar el éxito del XVIII Congreso Medicina Social y Salud Colectiva, tenemos la alegría de presentar los Anales con los trabajos aprobados y presentados en el evento. ¡Buena lectura!

¡Viva Latinoamérica, viva la salud colectiva!

Río de Janeiro, septiembre de 2025

APRESENTAÇÃO

A América Latina é um continente de contrastes. Aqui se expressam, ao mesmo tempo, a desigualdade e a esperança; a concentração da riqueza e a pobreza extrema; o autoritarismo e a democratização; a voracidade do mercado e a ampliação da cidadania. No campo da saúde pode-se dizer que a América Latina está entre a escuridão, a resistência e a esperança. A escuridão refletida no impulso de políticas de saúde neoliberais que entendem os serviços de saúde somente como bens negociáveis; a resistência expressada na ação para impedir que os sistemas e as redes públicas de saúde desapareçam ou sejam privatizados; e a esperança no desenvolvimento de modelos de saúde que reconheçam e garantam a saúde como direito humano fundamental e universal. Ainda assim, as desigualdades na qualidade de vida e na condição de saúde da população são evidentes, têm aumentado e não parece haver uma tendência no sentido contrário.

A Medicina Social e a Saúde Coletiva, que constituem o objeto de nossa articulação continental na Associação Latino-americana de Medicina Social (Alames), assumiu o desafio de, frente à avassaladora política neoliberal, gerar um processo de diálogo social, político e acadêmico entre as organizações e movimentos sociais, as instituições de saúde e a academia acerca do lugar da saúde na agenda política e de desenvolvimento latino-americano, reconhecendo as diversas perspectivas, com ênfase na redução das desigualdades sociais, na determinação social da saúde, na utopia dos estados sociais sob a perspectiva da saúde como direito. Esse foi o objetivo do XVIII Congresso de Medicina Social e Saúde Coletiva, aprofundar nossas análises e projetos políticos para reorientar nossas estratégias de mobilização e de luta por mais direitos.

O Congresso representou um dos principais encontros da saúde coletiva na região latino-americana região, momento de celebração dos 40 Anos da Alames. O evento enfocou a construção de sistemas de saúde universais, com discussões sobre democracia, direitos sociais e determinação social da saúde, com ampla participação de acadêmicos, profissionais, sociedade civil organizada, estudantes e gestores de saúde de todas as regiões do Brasil e de diversos países da América Latina. O programa incluiu conferências, mesas temáticas, e outros formatos de apresentação que visaram aprofundar a colaboração e o compartilhamento de conhecimentos. Com a participação de diversos especialistas regionais e internacionais, o Congresso fortaleceu redes de colaboração, ampliou o debate acadêmico para a construção de políticas públicas eficazes.

Com o tema central “Por democracia, direitos sociais e saúde: retomando o caminho da determinação social e da soberania dos povos” marcamos a defesa do desenvolvimento sustentável, inclusivo, autônomo e com justiça social na América Latina. A programação do evento contou com duas conferências, quatro grandes debates, 22 mesas redondas e 68 mesas de Comunicações Orais. Foram apresentados 419 trabalhos em comunicações orais 911 pôsteres e 2574 pessoas inscritas.

Em torno ao tema central foram organizados seis eixos temáticos e 37 sub-eixos. Os seis eixos foram:

- CAPITALISMO E SAÚDE: Análise crítica das relações entre o sistema capitalista e seus impactos na saúde da população.
- SOBERANIA E DESCOLONIZAÇÃO: Exploração da soberania em saúde e esforços para descolonizar abordagens e práticas médicas.
- DIREITOS SOCIAIS: Discussão sobre a promoção e garantia dos direitos sociais como base para a equidade em saúde.
- SAÚDE E DEMOCRACIA: Reflexão sobre a interseção entre saúde pública e os princípios democráticos, destacando desafios e oportunidades.
- DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: Abordar fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam e determinam a condição de saúde, reconhecendo a complexidade dessas interações.
- POLÍTICAS E MODELO DE CUIDADO: Princípios éticos, políticos e organizativos a serem adotados na construção dos sistemas universais e decoloniais de saúde

Esses temas refletem e abrangem os problemas e desafios atuais na consolidação da democracia no continente latino-americano e o papel central da saúde. A pandemia de Covid-19 mostrou a relevância do debate sobre saúde para o desenvolvimento e bem-estar das nações. Ao mesmo tempo, descortinou os poderosos interesses mercantis que adentram os sistemas de saúde para disputar recursos públicos na oferta de serviços pari passu à concentração de insumos e tecnologia nas mãos de grandes corporações privadas. Esse cenário perpassa toda a América Latina, ao gerar desigualdades de toda ordem e impor restrições à democracia, na medida em que concentra decisões e poder à revelia das escolhas das populações. A defesa do direito à saúde como pilar dos sistemas democráticos é atual e urgente e o Congresso da Alames foi palco do debate crítico e propositivo para a construção de projetos políticos de ampliação e consolidação do direito humano à saúde. Os compromissos e posicionamentos do Congresso foram reunidos na Carta do Rio de Janeiro. <https://congresso.alames.org/carta-do-rio-de-janeiro/>

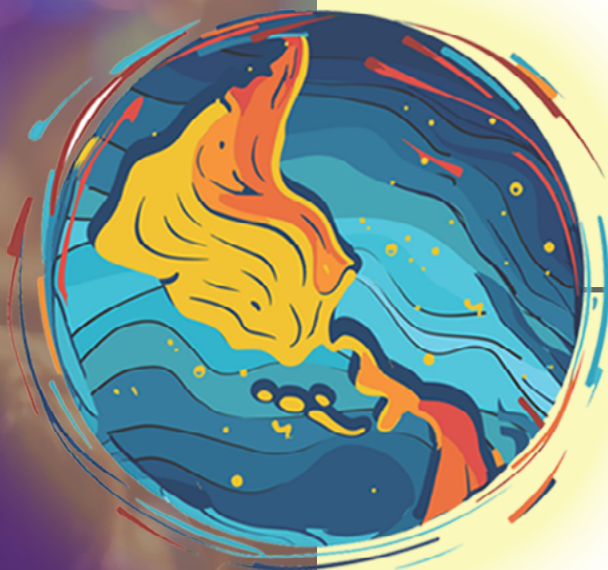
E para coroar o sucesso do XVIII Congresso Medicina Social e a Saúde Coletiva, temos a alegria de apresentar os Anais com os trabalhos aprovados e apresentados no evento. Boa leitura!

Viva a Latinoamérica, viva a saúde coletiva.

Rio de janeiro, setembro de 2025

RESUMEN/SUMÁRIO

Eje 1: Capitalismo y Salud/Eixo 1: Capitalismo e Saúde	1
Eje 2: Soberanía y Descolonización de la Salud/Eixo 2: Soberania e Descolonização da Saúde.....	171
Eje 3: Derechos Sociales y Equidad en Salud/Eixo 3: Direitos Sociais e Equidade na Saúde	361
Eje 4: Salud y Democracia/Eixo 4: Saúde e Democracia	689
Eje 5: Determinación Social de la Salud/Eixo 5: Determinação Social da Saúde	947
Eje 6: Políticas y Modelo de Atención en Salud/Eixo 6: Políticas e Modelo de Cuidado	1869



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 1: CAPITALISMO Y SALUD

EIXO 1: CAPITALISMO E SAÚDE

Cartel/Poster

EJE 1: CAPITALISMO Y SALUD/EIXO 1: CAPITALISMO E SAÚDE

Cartel/Poster

A MERCANTILIZAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO BRASIL: SAÚDE MENTAL E A HEGEMONIA DO MODELO BIOPSIQUIÁTRICO	7
A PANDEMIA DE COVID-19 E A DEPENDÊNCIA TECNOLÓGICA NA SAÚDE.....	10
A PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES COMO VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS: UM ESTUDO COMPARATIVO DE CASOS.	13
A PRODUÇÃO NORMATIVA DA ANVISA EM RESPOSTA À CRISE DA COVID-19.....	15
A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E O ORÇAMENTO PÚBLICO: O QUE DIZ A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE BELO HORIZONTE?.....	18
ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE BCG E PENTAVALENTE EM MENORES DE CINCO ANOS NA CIDADE DE SANTARÉM-PARÁ	21
APOCALIPSE CLIMÁTICO E A MEDICINA DO FIM DO MUNDO.....	24
ARGENTINA EXCLUSIÓN EN SALUD EN TERRITORIOS DE EXTRACTIVISMO: AGROINDUSTRIA DEL AGUACATE EN MÉXICO.....	26
AS EMENDAS PARLAMENTARES E OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	29
AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CAUSADAS PELA POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	32
CAPITALISMO SELVAGEM: O QUE DIZEM AS TEORIAS SOBRE SAÚDE E TRABALHO?	35
CAPITALISMO, MUDANÇA CLIMÁTICA E SAÚDE COLETIVA EM COMUNIDADES VULNERÁVEIS DA COSTA CARIBE	37
CAPITALISMO, TRABALHO E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA.....	40
CARACTERIZACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO, AÑO 2023	43
CARACTERIZACIÓN DEL DENGUE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA DURANTE EL AÑO 2024	45
CONDICIONES LABORALES, DE VIDA Y SALUD DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS COLOMBIANOS.....	48
COVID-19: A RESPOSTA GOVERNAMENTAL DO MUNICÍPIO DE MACAÉ	51
COVID-19: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO CAPITALISMO ATRELADO À PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO PERÍODO PANDÊMICO	53
DESAFIOS E IMPLICAÇÕES DA ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	55
DO ADOECIMENTO À AÇÃO COLETIVA: REFLEXÕES SOBRE GÊNERO, TRABALHO E SAÚDE	58
DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO BRASIL (2007-2023)	61

EMERGENTES DA LÓGICA DE MERCADO EM UMA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES A PARTIR DE OBSERVAÇÕES EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCO)	64
ENCHENTES E RESILIÊNCIA: COMO IPATINGA ENFRENTOU OS IMPACTOS DO AQUECIMENTO GLOBAL	67
ENTRE A EXPANSÃO E A CONTRADIÇÃO: ANÁLISE DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	70
ESTABELECENDO BREVES REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE ENTRE TRABALHO E SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	73
ESTABELECENDO BREVES REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE ENTRE TRABALHO E SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	76
EXPERIÊNCIA DO ESTUDAR SAÚDE COLETIVA EM UMA UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA: CONTRADIÇÕES, LUTAS E CONSTRUÇÕES	79
FONTES DE RECURSOS PARA A SAÚDE PÚBLICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM RECORTE PARA O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	82
HUERTAS COMUNITARIAS EN EFECTORES DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2022 – 2024	85
IMPACTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS NO CENÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	88
IMPACTOS DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS NA QUALIDADE DA ÁGUA E DOENÇAS INFECCIOSAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA	91
INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO BRASIL (2007-2023).....	94
INTERNACIONAL A LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO E DO ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO (1950-1980)	97
INTERNACIONAL O CAPITALISMO NEOLIBERAL E A SAÚDE DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS: REFLEXÕES SOBRE AS REPERCUSSÕES DO DERRAMAMENTO DE PETRÓLEO OCORRIDO NO BRASIL EM 2019	100
INTERNACIONAL PROJETO ESPERANÇA NOVA CONTAGEM: VÍNCULO COMUNITÁRIO, VULNERABILIDADE SOCIAL E RESULTADOS PARCIAIS	103
INTERNACIONAL VIVÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR EM UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA CIDADE DE SÃO PAULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	106
LA RED DE OBSERVATORIOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (IPON): EL NEXO ENTRE EL CLIMA, LA ALIMENTACIÓN Y LA SALUD.....	109
LA RED SALUD TRABAJO EN LA CONSTRUCCIÓN DE 40 AÑOS DE ALAMES	112
LUTA ESTUDANTIL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ.....	115
MUDANÇAS CLIMÁTICAS E IMPACTOS NA SAÚDE RESPIRATÓRIA NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	118
MUDANÇAS CLIMÁTICAS E OS IMPACTOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES	121

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E SUA RELAÇÃO COM A INSEGURANÇA ALIMENTAR E A INSEGURANÇA HÍDRICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA	124
NEGRO DRAMA: RACISMO, TRABALHO E COVID-19	127
O IMPACTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E AS TAXAS DE INCIDÊNCIA DA DENGUE: UM RECORTE EPIDEMIOLÓGICO ENTRE 2014 E 2024 DO MUNICÍPIO DE MACAÉ, RIO DE JANEIRO	130
O TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA SOB A ÓTICA DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA.....	133
OS LIMITES DA ALOCAÇÃO FINANCEIRA DE RECURSOS FEDERAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DO NOVO MODELO DO GOVERNO LULA (2023-2026)	135
PERFIL DOS TRABALHADORES QUE SOFRERAM ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE PASSOS/MG (2018 A 2023)	138
POLÍTICAS SOCIAIS SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL: IMPACTOS DOS DISPOSITIVOS DE AUSTERIDADE FISCAL NA SAÚDE.	141
PROMOVENDO REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO CAPITALISMO DEPENDENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO	144
PROPUESTA DE INCREMENTO DEL IMPUESTO AL RON EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: LA POSICIÓN DE LA INDUSTRIA EN DETRIMENTO DE LA SALUD PÚBLICA.....	147
RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAIS E SUPORTE AO TRABALHO APÓS O PERÍODO DE ATIVIDADES REMOTAS SOB O OLHAR DE PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE BARBACENA – MINAS GERAIS	150
SAÚDE MENTAL, TRABALHO INFORMAL E CATAÇÃO DE RECICLÁVEIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	153
SAÚDE, CAPITALISMO E PANDEMIA: MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS	156
SEM CLIMA, SEM COMIDA SAUDÁVEL: EXPERIÊNCIAS DE AGROECOLOGIA NO ENFRENTAMENTO ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS DESDE OS TERRITÓRIOS	159
TERRITÓRIOS EM RISCO: INTERSEÇÃO ENTRE DESASTRES AMBIENTAIS E VULNERABILIDADE SOCIAL EM DIFERENTES ESTADOS BRASILEIROS	162
TRANSFORMANDO CONFLITOS EM PARCERIAS: A EFICÁCIA DAS PENALIDADES EDUCATIVAS NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	165
VIVÊNCIAS PARA A INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS JOVENS: PARCERIA ENTRE O INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UERJ E O PEBIT	168

A MERCANTILIZAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO BRASIL: SAÚDE MENTAL E A HEGEMONIA DO MODELO BIOPSIQUIÁTRICO

Felipe Gaban Petindá Moreira¹

Anacely Guimarães Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, observou-se o crescimento significativo da comercialização de psicofármacos no Brasil, refletindo um fenômeno que acompanha as tendências globais de tratamento em saúde mental. Diversos autores compreendem a “epidemia” de drogas psiquiátricas como uma estratégia contemporânea de mercantilização da loucura, mas intimamente relacionada ao passado disciplinatório da psiquiatria dominante.

Para entender melhor como o paradigma hegemônico em psiquiatria se atualiza no contexto brasileiro, o presente trabalho, que é resultado de uma pesquisa de iniciação científica em desenvolvimento, busca historicizar criticamente a trajetória da especialidade médica em questão e das políticas de saúde mental no Brasil. Sob esse viés, argumenta-se a partir das influências imperialistas no processo de medicalização e mercantilização do sofrimento psíquico no país latino-americano, devido à posição central ocupada pelos EUA na disseminação do modelo biomédico (1).

Para tanto, foi realizada a revisão de literatura de livros e artigos disparadores de críticas à medicalização da vida e à expansão da indústria farmacêutica, os quais trouxeram reflexões a respeito da fragilidade do saber psiquiátrico, dos interesses de mercado que ditam as atualizações científicas da psiquiatria, e dos desafios para a reforma psiquiátrica brasileira.

OBJETIVO

O objetivo geral é problematizar as relações entre psiquiatria biológica, indústria farmacêutica e medicalização no Brasil, com recorte temporal determinado a partir da publicação do DSM - V, de 2013, até os dias atuais. Propõe-se também uma análise histórica da psiquiatria e suas conexões com o contexto medicalizante vivido nos últimos anos, bem como das implicações do Estado brasileiro frente a essa realidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura vinculada a uma pesquisa de iniciação científica cujo foco temático está nas discussões em torno dos diagnósticos e drogas psiquiátricas no Brasil. O material

1 Estudante de Psicologia da UNESP/Assis. E-mail: gaban.petinda@unesp.br

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo nº 2024/11034-8).

analisado consiste em livros e artigos brasileiros pertencentes ao campo de estudos da medicalização e patologização da vida.

Foram incluídos os textos das áreas de antropologia, história, psicologia social e da saúde e psiquiatria, publicados em língua portuguesa no período de 2013-2024. As bases de dados utilizadas foram Scielo e Lilacs, e os descritores utilizados nas buscas nos periódicos foram: “medicalização”, “psicofármacos”, “indústria farmacêutica” e “psiquiatria biológica” com buscas feitas durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2024. O total de publicações incluídas é de 21 artigos. Textos de outros países e em demais línguas, teses, dissertações, entrevistas e relatos de experiência compuseram os critérios de exclusão. Publicações as quais giravam em torno de outras faces da medicalização (parto, AIDS, na justiça, etc), ou eram restritas a um tema em específico (educação, Atenção Primária, pandemia de COVID - 19, etc) também foram descartadas.

RESULTADOS

A psiquiatria não nasce como um saber científico e comprovado sobre a loucura, mas sim, como uma prática que se insere nos dispositivos de biopoder, ou seja, que visa atender a uma necessidade histórica e política de reprimir, controlar, administrar e regular a vida biológica das pessoas, docilizando-as e tornando-as úteis aos interesses da classe dominante (2). Confluyente a isso, argumenta-se que a psiquiatria se trata de um conjunto de narrativas criadas para configurar e lidar com fenômenos comportamentais os quais, com base em critérios sociais, mais do que neurobiológicos, foram definidos como desvios (3).

Hoje, mesmo os diagnósticos psiquiátricos mais atuais do DSM se tratam de criações humanas decididas arbitrariamente por médicos nos EUA, mas que determinam o acesso à saúde mental de milhões de brasileiros. Esse modelo reforça a influência da indústria farmacêutica e das políticas regulatórias estadunidenses, padronizando diagnósticos e tratamentos sem considerar o contexto latino-americano (1).

Além disso, embora a psiquiatria biológica seja consolidada socialmente na atualidade, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de questionar sua epistemologia, uma vez que, mesmo após a aproximação teórica com as neurociências, não existem comprovações definitivas sobre a eficácia do tratamento psicofármaco (4). Na realidade, essa aproximação se deve a uma forte aliança com a indústria farmacêutica, e não a uma “descoberta do cérebro”: foi somente através da apropriação do discurso neurocientífico e, portanto, da comercialização de psicofármacos, que se tornou possível “mercantilizar” a loucura com maior eficácia, adaptando a psiquiatria às necessidades impostas pelo contexto neoliberal e pela lógica de mercado surgida a partir dos anos 1980 (2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar dos avanços nos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira, o uso de psicotrópicos cresceu paralelamente com a expansão dos CAPS no início do século XXI, levantando questões sobre a

medicalização e a dificuldade de implementação do paradigma psicossocial dentro do próprio sistema de saúde. Com a aproximação do Estado Brasileiro ao neoliberalismo a partir de 2016 e a fragilização dos seus processos de regulação, regulamentação e fiscalização, houve uma abertura ainda maior para a expansão do mercado de drogas psiquiátricas (4).

Frente a essa realidade, é preciso questionar e reivindicar as responsabilidades do Estado que, mesmo diante dos ataques às políticas públicas nacionais em detrimento dos interesses de uma economia de mercado capitalista, segue desempenhando um papel fundamental na ampliação da indústria farmacêutica, incentivando a pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos, além de se configurar como o maior comprador do setor privado (1).

REFERÊNCIAS

- (1) Mazon MS. Indústria farmacêutica e psiquiatria no quadro da Sociologia Econômica: uma agenda de pesquisa. *Política & Sociedade*. 2019; 18 (43): 136-61.
- (2) Cardoso AJS. Dos manicômios ao mercado de saúde mental: uma crítica à psiquiatria a partir de conceitos sociológicos. Joinville: Clube dos Autores; 2024.
- (3) Martinhago F, Caponi S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019; 29 (2): 1-19.
- (4) Dias MK, Muhl C. Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: reforma psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. *Argumentum*. 2020; 12 (2): 60-74.

A PANDEMIA DE COVID-19 E A DEPENDÊNCIA TECNOLÓGICA NA SAÚDE

Virgílio Magalde de Azevedo ¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 revelou a profunda dependência da tecnologia nos sistemas de saúde globais. Desde o diagnóstico e monitoramento até o desenvolvimento de vacinas, a resposta à crise esteve amplamente condicionada à capacidade tecnológica dos países. A aceleração de inovações, como os testes de diagnóstico molecular e os sistemas de inteligência artificial para rastreamento epidemiológico, demonstrou o potencial das novas tecnologias, mas também expôs desigualdades estruturais no acesso e distribuição de recursos essenciais. No Brasil, a pandemia evidenciou a vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) frente à escassez de equipamentos médicos e insumos estratégicos, reforçando a necessidade de investimentos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) para reduzir a dependência de importações. Diante desse contexto, este estudo analisa o papel da tecnologia na resposta à COVID-19 e suas implicações para a soberania sanitária e a equidade no acesso à saúde.

OBJETIVO

Discutir a dependência tecnológica na saúde evidenciada pela pandemia de COVID-19, avaliando seus impactos na resposta à crise e suas implicações para a autonomia do SUS.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de discutir a dependência tecnológica na resposta à pandemia de COVID-19 e suas implicações para o sistema de saúde brasileiro. Foram consultadas publicações científicas e relatórios institucionais que abordam o impacto das tecnologias em saúde durante a pandemia, considerando aspectos como diagnóstico, monitoramento epidemiológico, vacinas, telemedicina e insumos médicos.

A busca por referências foi realizada em bases de dados científicas, como PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de documentos de organizações nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil. Foram selecionados artigos e documentos publicados entre 2020 e 2024, priorizando estudos que analisam o papel das inovações tecnológicas e os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da pandemia. A revisão buscou integrar diferentes perspectivas sobre a temática, identificando avanços, limitações e desigualdades no acesso às tecnologias em saúde.

¹ Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação (PPGCOM/UERJ). E-mail: magalde@gmail.com

RESULTADOS

A pandemia impulsionou avanços tecnológicos, como vacinas de mRNA, telemedicina e ampliação de testes diagnósticos, mas também evidenciou desigualdades no acesso à saúde. Os avanços nos métodos diagnósticos durante a pandemia permitiram maior precisão na detecção da COVID-19, com testes laboratoriais e de imagem apresentando altas taxas de acurácia, especialmente quando integrados a novas tecnologias.

No Brasil, a vacinação contra a COVID-19 contribuiu para a redução de hospitalizações, especialmente entre idosos, com diferentes imunizantes apresentando variações na taxa de eficácia (1). A telemedicina garantiu assistência médica durante o distanciamento social, mas expôs desigualdades, especialmente em áreas sem infraestrutura digital.

A pandemia expôs a fragilidade dos sistemas de saúde frente à escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs), comprometendo a segurança dos profissionais e evidenciando a dependência de cadeias globais de suprimentos. A insuficiência de respiradores e EPIs impactou diretamente a capacidade dos hospitais em responder à crise sanitária, agravada pelo fato de que 70% da produção mundial de luvas de látex estava concentrada na Malásia, resultando em dificuldades no abastecimento e ampliação dos gargalos logísticos (2).

Disputas comerciais afetaram a aquisição de equipamentos médicos. Em 2020, ventiladores comprados pelo Consórcio Nordeste foram interceptados nos EUA e revendidos a outros países. A crise reforçou a necessidade de fortalecer o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), diante da concentração global de patentes e da alta dependência de importações para suprir o sistema de saúde (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pandemia de COVID-19 ressaltou a necessidade de fortalecer a produção nacional de insumos e equipamentos médicos, reduzindo a dependência de importações e garantindo maior autonomia ao SUS. A ampliação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde deve ser uma prioridade estratégica para o Brasil, promovendo investimentos em pesquisa e inovação para assegurar a soberania tecnológica. Além disso, é fundamental adotar políticas que garantam acesso equitativo às tecnologias em saúde, evitando que inovações beneficiem apenas grupos privilegiados e ampliem desigualdades existentes. A experiência da pandemia deve servir como um alerta para a importância de sistemas de saúde resilientes e tecnologicamente autônomos, capazes de responder a futuras emergências sanitárias sem comprometer o direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Sales-Moioli AI et al. Effectiveness of COVID-19 vaccination on reduction of hospitalizations and deaths in elderly patients in Rio Grande do Norte, Brazil. IJ.E.R.P.H. [internet]. 2022 [acesso em 19 de agosto de 2024]; 19(21):13902. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/13902>
- (2) Malaysia. Ministry of Investment, Trade and Industry. New Industrial Master Plan 2030: Rubber-based Products Industry [Internet]. Kuala Lumpur: MITI; 2023 [acesso em 18 de agosto de 2024]. Disponível em: https://www.nimp2030.gov.my/nimp2030/modules_resources/bookshelf/e-18-Sectoral_NIMP-Rubber-based_Products_Industry/e-18-Sectoral_NIMP-Rubber-based_Products_Industry.pdf

A PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES COMO VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS: UM ESTUDO COMPARATIVO DE CASOS.

Emanuelle Anastassopoulos ¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O artigo “A Precarização da Saúde Mental de Trabalhadores como Violação de Direitos Humanos: estudo comparativo de casos” aborda como a precarização laboral, marca do capitalismo contemporâneo, impacta a saúde mental dos trabalhadores e se configura como uma expressão de violação dos direitos humanos. A pesquisa analisa as transformações na organização do trabalho no contexto neoliberal, destacando as condições de instabilidade e exploração que levam ao adoecimento psíquico. Por meio da análise comparativa entre um caso brasileiro e um caso francês, o estudo explora como fatores sociais, econômicos e culturais moldam as experiências subjetivas dos trabalhadores, evidenciando a relação entre o trabalho precarizado e as condições de vida. A discussão utiliza referências teóricas da psicodinâmica do trabalho (1,2), dos direitos humanos (3) e da sociologia (4-7) para compreender as dinâmicas de exploração e resistência no capitalismo contemporâneo.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é analisar os impactos da precarização laboral na saúde mental dos trabalhadores, demonstrando como o adoecimento psíquico reflete uma violência estrutural vinculada às condições de trabalho e à violação de direitos humanos fundamentais.

METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem qualitativa baseada na comparação de dois casos: um trabalhador brasileiro e um trabalhador imigrante marroquino que reside na França. O relato brasileiro foi coletado pela autora, enquanto o caso de adoecimento do trabalhador francês foi descrito por Anne Bensäid (1) e publicado no Brasil em 2017. Ambos os casos foram analisados considerando aspectos históricos, sociais e econômicos, bem como as experiências subjetivas relatadas. A análise incorpora uma metodologia de revisão bibliográfica para abordar a teoria da psicodinâmica do trabalho (1,2) com a finalidade de compreender os mecanismos de sofrimento psíquico relacionados à precariedade e à violência laboral, destacando as interseccionalidades de gênero, raça e classe. Ademais, autores contemporâneos da sociologia do trabalho (4-7) e o debate sobre direitos humanos e laborais (3) são integrados à metodologia teórica.

1 Pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: emanuelle.anastassopoulos@gmail.com

RESULTADOS

Os resultados indicam que tanto trabalhadores brasileiros quanto franceses enfrentam condições de trabalho marcadas por instabilidade, violência e sobrecarga. No relato brasileiro, o trabalhador relata sintomas psicóticos associados ao medo da violência policial e à exploração laboral, como jornadas exaustivas e exposição a agentes tóxicos. Já no caso francês, o trabalhador imigrante enfrentou discriminação e sobrecarga emocional, culminando em alucinações auditivas. Ambas as situações evidenciam como a organização do trabalho precarizado afeta não apenas o corpo, mas também a subjetividade dos trabalhadores, perpetuando a alienação da consciência e conduzindo ao sofrimento psíquico pela desefetivação de si (5). O estudo destaca ainda a dimensão estrutural e globalizada dessas violências, que impactam desproporcionalmente grupos marginalizados, como negros e imigrantes, e reforça a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e interseccional para abordar o problema.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo conclui que a precarização do trabalho não é apenas uma questão econômica, mas também uma violência estrutural que impacta a dignidade humana, bem como traça um paralelo teórico entre o avanço da precarização do trabalho com o desenvolvimento de transtornos psíquicos. A saúde mental dos trabalhadores precarizados é profundamente influenciada pelas condições de exploração, revelando a necessidade de políticas públicas que integrem direitos trabalhistas, direitos sociais e direitos humanos (3). Nesse sentido, a resistência coletiva e a promoção de condições dignas de trabalho são essenciais para combater os efeitos deletérios da precarização na saúde e na subjetividade dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- (1) Bensaïd A. Aporte da psicodinâmica do trabalho ao estudo de um surto delirante agudo. In: Dejours C, organizador. Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos. Porto Alegre: Dublinense; 2017. p. 45-52.
- (2) Dejours C. Loucura e trabalho: da análise etiológica às contribuições teóricas (acerca de uma crise asmática). In: Dejours C, organizador. Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos. Porto Alegre: Dublinense; 2017. p. 21-42.
- (3) Ferreira AC, Lima TM. Quando o trabalho mata? Uma questão de direitos laborais ou de direitos humanos. Cronos: Rev Pós-Graduação Ciênc Soc UFRN. 2015;16(2):43-63.
- (4) Alves G. Condição de proletariedade: reestruturação produtiva e uso intensivo da força de trabalho. Bauru: Edusc; 2009.
- (5) Alves G. Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. Bauru: Edusc; 2008.
- (6) Braga R. Rebeldia do precariado. São Paulo: Boitempo Editorial; 2016.
- (7) Lima EA Maria. Trabalho e saúde mental no contexto contemporâneo de trabalho: possibilidades e limites de ação. In: Alves G, organizador. Saúde e Trabalho: uma abordagem crítica sobre a saúde do trabalhador no capitalismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011. p. 161-172.

A PRODUÇÃO NORMATIVA DA ANVISA EM RESPOSTA À CRISE DA COVID-19

Christiane Delphim¹

INTRODUÇÃO

No dia 31 de dezembro de 2019, a China identificou um surto de doença respiratória em trabalhadores de um mercado de alimentos de Wuhan, capital da província de Hubei. A partir daí, identificou-se o agente causador do surto, um novo coronavírus, denominado Sars- CoV-2, que provoca a doença denominada Covid-19 (1).

A doença se espalhou pela cidade e por toda a província de Hubei e logo em seguida chegou aos cinco continentes. A Organização Mundial da Saúde declarou, em 30 de janeiro de 2020, a doença como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março, declarou a Covid-19 como uma pandemia (1).

No dia 03 de fevereiro deste ano, o Brasil declarou Emergência Nacional devido à Covid-19 e, no dia 26 de fevereiro, foi confirmado o primeiro caso no país. Em 16 de março, foi criado o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, do qual a Anvisa participou, para assessoramento ao Presidente da República. No dia 20 de março, o Ministério da Saúde reconheceu a ocorrência da transmissão comunitária da Covid-19 (1).

A pandemia da Covid-19 evidenciou a importância da Anvisa e das autoridades sanitárias do país. A professora Deisy Ventura, da Faculdade de Saúde Pública da USP, destacou em março de 2020, a necessidade de fortalecer as ações dessas autoridades, ressaltando a importância de defender o sistema de formação e pesquisa do país (2).

OBJETIVO

A atuação da Anvisa foi crucial para proteger a saúde dos brasileiros durante a pandemia. A agência demonstrou capacidade técnica e agilidade na implementação de ações estratégicas e na publicação de regulamentos, contribuindo para o controle da doença no país. Este trabalho busca destacar a importância do papel da Anvisa como autoridade sanitária no enfrentamento da pandemia, evidenciando as diversas ações e regulamentações que contribuíram para a proteção da saúde da população brasileira.

METODOLOGIA

A vigilância sanitária constitui um conjunto abrangente de ações, inseridas no âmbito das práticas de saúde coletiva, fundamentadas em um arcabouço de conhecimentos técnico-científicos

1 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. csteixeira30@hotmail.com

multidisciplinares e alicerçadas em bases jurídicas sólidas. A vigilância sanitária em PAF desempenha um papel crucial na prevenção da disseminação de doenças, com raízes históricas que remontam às quarentenas no Porto de Veneza no século XIV (3).

A atuação regulatória da Anvisa se manifesta, primordialmente, através da definição de normas imperativas que devem ser observadas por agentes públicos e privados envolvidos na cadeia de produtos e serviços sob vigilância sanitária. Nesse contexto, uma das principais estratégias adotadas para enfrentar a crise sanitária foi a rápida implementação de determinações, recomendações e orientações, que se desdobraram em medidas regulatórias de caráter emergencial.

Essas medidas visavam, sobretudo, o controle e a prevenção de riscos à saúde, bem como a garantia da oferta de produtos seguros considerados essenciais. O processo de regulamentação na Anvisa é guiado por ritos e procedimentos específicos de boas práticas regulatórias, que buscam promover, entre outros aspectos, a transparência, a participação, a integridade, a eficiência e a solidez técnica das decisões da Agência.

Para este trabalho, foi utilizada uma metodologia quali-quantitativa, analisando dados do site da Anvisa durante o período [janeiro de 2020 a maio de 2022]. Para efeito deste estudo, a análise quantitativa envolveu a contagem de notas técnicas, Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) e reuniões técnicas relacionadas à Covid-19.

A Anvisa emitiu 79 (setenta e nove) notas técnicas entre os anos de 2020 e 2022 distribuídas nas diversas áreas técnicas da agência. Sendo que 60% dessas publicações ocorreram apenas em 2020. Foram publicadas 96 (noventa e seis) RDC's relacionadas ao coronavírus, sendo a primeira publicada em março de 2020. Quanto às reuniões técnicas, no ano de 2020 foram realizadas entre os meses de janeiro e fevereiro 09 (nove reuniões), basicamente envolvendo a área de Portos, Aeroportos e Fronteiras (PAF). A partir de agosto de 2020, as reuniões que somaram mais de 80 envolveram basicamente o tema das vacinas (4).

Em 21 de janeiro de 2020, a Anvisa realizou uma reunião com o Ministério da Saúde para coordenar ações em PAF. No dia seguinte, a Anvisa publicou a Nota Técnica 2/2020, estabelecendo medidas sanitárias a serem adotadas nos pontos de entrada do país. Essa ação inicial demonstra a importância estratégica da vigilância sanitária em PAF no enfrentamento de pandemias, combinando a experiência histórica com a necessidade de respostas rápidas e eficazes em um mundo globalizado (4).

Ao todo, foram 127 atos normativos de caráter extraordinário e temporário publicados exclusivamente para o enfrentamento da pandemia, 30% a mais que o total de atos publicados pela Anvisa em 2019, antes da pandemia (5).

CONCLUSÕES

A Anvisa editou mais de cem normas desde o início da pandemia decorrente do novo coronavírus no Brasil, evidenciando que as agências reguladoras estavam capacitadas a tomar

decisões com embasamento técnico para o enfrentamento da pandemia em suas respectivas áreas de competência. Sob essa perspectiva, o poder normativo das agências reguladoras precisa ser valorizado como um importante instrumento de delegação e de intercomunicação do sistema jurídico com os demais subsistemas sociais, de modo a ser ressaltado o seu dinamismo e a sua independência. Entre os muitos desafios emergiu o de decidir em meio a situações de urgência.

A atuação, sobretudo técnica da Anvisa, respeitando a sua missão, valores e finalidade institucional, será sempre imprescindível para a garantia da credibilidade da agência reguladora. Mas, sobretudo, para a legitimação de sua autoridade como instituição capaz de proteger e promover a saúde da população, particularmente diante do quadro de pandemia vivenciado.

REFERÊNCIAS

- (1) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Covid-19. Ações da Anvisa [Internet]. Anvisa; 2020 [citado em 20 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>.
- (2) Martins P. Deisy Ventura fala sobre os desafios para lidar com o coronavírus. Em pauta da Globonews [Internet]. 13 mar 2020 [citado em 3 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/deisy-ventura-fala-sobre-os-desafios-para-lidar-com-o-coronavirus/>.
- (3) Costa EA. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime; 2004.
- (4) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Linha do tempo [Internet]. Anvisa; 2025 [citado em 20 de fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>.
- (5) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Transparência: 500 dias de ações da Anvisa contra a Covid-19 [Internet]. Anvisa; 2025 [citado em 20 de fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>.

A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E O ORÇAMENTO PÚBLICO: O QUE DIZ A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE BELO HORIZONTE?

Lucas Barbi¹

Alyff Lelis

Karynna Ferreira

Waleska T. Caiaffa

Elis Borde

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O orçamento público é um instrumento de planejamento das políticas definindo a arrecadação e alocação de recursos para as ações governamentais. Como uma “peça política”, este traduz os compromissos eleitorais do governo, sendo a medida concreta do compromisso governamental com determinadas políticas e direitos, evidenciando escolhas que impactam diretamente a população (1).

A descentralização política conferiu maior autonomia administrativa e transferência de receitas aos municípios (2). Nesse contexto, as políticas municipais de segurança alimentar e nutricional (SAN) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) se destacaram como importantes inovações institucionais. No primeiro governo do Partido dos Trabalhadores (PT), foi criada a Secretaria Municipal de Abastecimento (SMAB), articulando as ações em três eixos: assistência e distribuição de alimentos a pessoas em situação de vulnerabilidade; regulação de preços e realização de parcerias público-privadas com varejistas do hortifrúti; e o estímulo à produção e à oferta de alimentos saudáveis (3).

Apesar da abrangência das ações, há poucos estudos sobre a execução orçamentária das políticas de SAN. No município, as políticas SAN permaneceram prioritárias na agenda governamental, mesmo com a redução da autonomia administrativa. No entanto, o impacto dessas transformações institucionais no orçamento municipal é pouco discutida.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é descrever e analisar a execução orçamentária das políticas de segurança alimentar e nutricional em Belo Horizonte de 2014 a 2024. Essa análise investiga como a alocação de recursos públicos refletem a priorização dessas políticas pelas gestões municipais ao longo dos anos, bem como a influência da priorização do financiamento destas pelos outros entes federativos.

METODOLOGIA

Este trabalho realiza uma análise descritiva da execução orçamentária das políticas de SAN no período de 2014 a 2024 pelos dados obtidos via portal da transparência referente aos três ciclos do

¹ Departamento de Saúde Coletiva (DESCOL), Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva (EENFSC) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: roberta_fdacosta@yahoo.com.br

plano plurianual (PPA): 2014 a 2017; 2018 a 2021; e 2022 a 2025, permitindo a avaliação da alocação de recursos ao longo de diferentes gestões municipais.

Serão descritos os gastos totais anuais da Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional (SUSAN) no período. Todos os valores serão deflacionados segundo o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), com base no ano de 2024. Foram considerados os valores liquidados, em que os bens e serviços adquiridos foram entregues, e os valores pagos, que correspondem ao momento em que o valor liquidado é efetivamente transferido ao fornecedor.

Por fim, será analisada a proporção dos gastos da SUSAN em relação à Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC) e a razão em relação à execução orçamentária anual total da PBH. Essas análises visam caracterizar o peso relativo das despesas das políticas de SAN no município e a priorização dessas ações.

RESULTADOS

De 2014 a 2024, foi executada a dotação de R\$ 1,72 bilhão em políticas de SAN. Esse valor corresponde a 1,06% do orçamento total da PBH e 32,9% do correspondente à SMASAC.

Ao desagregar os valores anuais pagos, o valor passa de R\$ 58,3 milhões executados em 2014 para R\$ 127,7 milhões em 2024. Em 2015, a variação recursos alocados nas políticas de SAN em relação a 2014, foi de 66,2%, totalizando R\$ 96,9 milhões. Essa mudança foi significativa em termos da participação no orçamento da SMASAC, passando de 14,5% em 2014 a 26,4% em 2015. Essa tendência não se manteve de 2016 a 2018, passando de R\$ 96,1 milhões em 2016 para R\$ 88,2 milhões em 2018, revelando menor financiamento, apesar orçamento da SUSAN, em relação a SMASAC, se manter entre 26,3% e 23%. Os cenários nacional e local impactaram as políticas municipais, com a troca constante dos integrantes da secretaria, o que pode ter impactado a alocação de recursos (4). Dentre o conjunto das ações da política de SAN, se destacam ações estruturantes tais como: a alimentação escolar, a garantia de vegetais a preços fixos no Sacolões Abastecer, o estímulo a agricultura urbana via fornecimento de insumos e qualificação.

Ao se comparar o primeiro e o último ano, 2021 foi o ano de maior orçamento destinado às políticas de SAN, totalizando R\$ 399,6 milhões. Esse aumento se deve, principalmente, às ações emergenciais para garantia de alimentação a grupos vulnerabilizados durante a pandemia de COVID-19, com a distribuição de cestas básicas e a concessão de benefícios para famílias vulnerabilizadas. A dotação orçamentária para políticas SAN correspondeu a 54,3% dos recursos da SMASAC no ano, revelando maior priorização das ações no período. Este valor reflete o desmonte e desfinanciamento das políticas federais de SAN de 2016 a 2022.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A execução orçamentária apontou uma tendência de aumento dos valores executados, mas com manutenção do percentual da participação dessas políticas na SMASAC, exceto no período de 2020 a 2022. Essa observação está em consonância com Braga (4) (2019) que destaca a manutenção da segurança alimentar como pauta prioritária no município, mesmo diante de sucessivas gestões e do avanço da neoliberalização das políticas (alimentares) no nível federal e estadual. Já em 2023 e 2024, essa razão retornou aos patamares anteriores, reforçando o caráter excepcional do período pandêmico.

A persistência e a extensão da insegurança alimentar em Belo Horizonte, que atingiu 55,7% dos domicílios em 2022 (5), refletem não apenas a insuficiência do volume de recursos, mas possivelmente também apontam falhas na sua alocação. Mesmo considerando os efeitos da pandemia, o cenário reforça a necessidade de maior investimento em ações estruturantes nas políticas de segurança alimentar e nutricional.

REFERÊNCIAS

- (1) Food and Agriculture Organization. Advocacy on the right to food based on the analysis of government budgets. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2014.
- (2) Marengo A, Cate LT. Municípios são todos iguais? Decisões sobre gasto, orçamento e políticas públicas em governos locais. *Rev Sociol Polit.* 2021;29(77):e001.
- (3) Rocha C, Lessa I. Urban Governance for Food Security: The Alternative Food System in Belo Horizonte, Brazil. *Internat Plan Studies.* 2009;14(4):389-400.
- (4) Braga ASC. A política de segurança alimentar e nutricional no município de Belo Horizonte. Fundação João Pinheiro; 2019.
- (5) Teixeira MA et al. Retrato da Situação de Segurança Alimentar em Belo Horizonte. Berlin: Freie Universität Berlin; 2022.

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE BCG E PENTAVALENTE EM MENORES DE CINCO ANOS NA CIDADE DE SANTARÉM-PARÁ

Alex Ricardo Barbosa Travassos Júnior¹

Ohanna Gabrielle Nunes Porto

Andréa dos Santos Cardoso

Isabel Pires Barra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A cobertura vacinal do Brasil apresenta quedas significativas, iniciadas em 2012 e acentuadas a partir de 2016, sendo potencializadas pela pandemia de COVID-19. Essa redução acende um alerta, pois está associada à reintrodução de doenças que podem ser prevenidas pela vacinação, como o sarampo, além do retorno de enfermidades previamente eliminadas, como a poliomielite (1).

Conforme o manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, a imunização é considerada a medida mais importante para a prevenção de doenças, conferindo proteção imunobiológica ao indivíduo (2).

No Brasil, as vacinas vêm sendo utilizadas desde o século XIX; entretanto, somente em 1973 foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado a partir de 1975 e 1976, que também instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (3).

A região norte conta com uma literatura escassa em relação a cobertura vacinal, o que leva a dificuldade em trazer dados sobre essa realidade. Existe a necessidade de um melhor diálogo entre os conselhos municipais, estaduais e nacional para que se busque estratégias na promoção da saúde, fazendo com que a população se volte para a importância da vacinação e os seus benefícios visto que nos últimos anos houveram diversos movimentos contrários aos serviços de vacinação (4).

OBJETIVO

Avaliar a cobertura vacinal de BCG e pentavalente em crianças menores de cinco anos na cidade de Santarém, Pará, no período de 2019 a 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, descritivo, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa. Os dados utilizados neste estudo foram obtidos no Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações, disponíveis no Departamento de Informática do SUS, um sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), sendo a base para coleta de dados e informações

1 Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). E-mail: alexricardojrr@gmail.com

oficiais em saúde, sobre as taxas de coberturas vacinais, número de doses e taxa de abandono, de acordo com o período de tempo e local de realização.

A coleta de dados do presente estudo ocorreu em agosto de 2024 a janeiro de 2025, com o recorte temporal que abrangeu os anos de 2019 a 2022; as informações utilizadas são referentes ao município de Santarém, localizado no estado do Pará, na Mesorregião do oeste Paraense no norte brasileiro. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população para o ano de 2022 era 331.942 habitantes (5).

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva quantitativa. Os dados coletados foram tabulados e descritos com porcentagens e valores absolutos. Em seguida processados na forma estatística descritiva em tabelas e percentuais

RESULTADOS

Durante a análise dos dados, podemos observar que a vacina BCG teve uma cobertura vacinal variada ao longo dos anos, apresentando uma média de 70,15% entre 2019 e 2022, sendo o ano de 2019 com a cobertura vacinal de 73,80%, sucedido por uma queda nos anos seguintes, 68,17% (2020), 68,66% (2021) e 69,97% (2022).

Os dados mostram que a distribuição de doses estava concentrada principalmente em crianças menores de 1 ano, sendo aplicadas 18.902 doses.

Analisando os dados da vacina Pentavalente, percebe-se que a maioria das crianças vacinadas pertence à faixa etária de menores de 1 ano, o que está de acordo com o esquema vacinal apresentado pelo PNI. No entanto, o número de crianças que completam as três doses e os reforços ainda é bastante reduzido, onde dos 47.371 bebês menores de 1 ano que receberam a primeira dose, apenas 11.573 completaram a terceira dose, mostrando uma queda significativa na adesão do esquema vacinal completo. Mas ao observar as faixas etárias seguintes, percebe-se um aumento significativo no número de crianças que completaram a terceira dose após a idade recomendada. Esse dado evidencia um atraso na administração das doses, sugerindo que muitas crianças não estão sendo vacinadas dentro da faixa etária recomendada pelo PNI.

Observa-se um aumento gradual na cobertura vacinal, aumentando de 32,86%, em 2019, para 51,73% em 2022, com uma média de 44,21%. Apesar de seu crescimento, ainda há baixa cobertura vacinal em comparação a meta de cobertura vacinal instituída pelo PNI de 90% de cobertura para a BCG e 95% para a pentavalente. O município de Santarém apresenta valores de cobertura bem abaixo dos parâmetros nacionais recomendados, apesar do aumento da porcentagem da cobertura da Pentavalente em 2022.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir da pesquisa realizada podemos concluir que a cobertura vacinal de BCG e pentavalente no município de Santarém apresenta valores baixos em comparação aos níveis nacionais de vacinação, com queda nos anos 2020 e 2021 e um pequeno aumento no ano de 2022.

Na parte de vacinação da BCG é conclusivo dizer que sua cobertura vacinal é baixa, e ocorre em sua grande maioria em menores de 1 ano, logo podemos perceber que apesar da baixa cobertura a maioria desta vacinação ocorre no tempo correto indicado pela PNI sendo assim nas primeiras 12 horas de vida.

Torna-se fundamental o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a ampliação da cobertura vacinal. É necessário investir em campanhas educativas para combater a disseminação de desinformação sobre vacinas, melhorar a logística de distribuição dos imunizantes e garantir que populações vulneráveis tenham acesso facilitado à imunizações.

REFERÊNCIAS

- (1) Homma A et al. Pela reconquista das altas coberturas vacinais. Cad Saude Publica [Internet]. 2023.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. pdf
- (3) Peres KC, Buendgens FB, Prates EA, Bonetti NR, Soares L, Vargas-Peláez CM, et al. Vacinas no Brasil: análise histórica do registro sanitário e a disponibilização no sistema de saúde. Cienc Saude Colet [Internet]. 2021;26(11):5509-22.
- (4) Barros RC, Mayumi R, Maria A, Felipe B, Cabral A. Avaliação da cobertura vacinal na região norte do Brasil / Braz J Health Rev [Internet]. 2021;4(6):25505-19.
- (5) IBGE. Santarém (PA) [Internet]. IBGE. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/santarem.html>

APOCALIPSE CLIMÁTICO E A MEDICINA DO FIM DO MUNDO

Lucas Longo Ferreira¹

André Felipe Ó Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O colapso climático em curso, potencializado pelas contradições do capitalismo tardio, impõe graves ameaças à vida humana, especialmente nas regiões periféricas e entre os grupos mais vulnerabilizados. Diante de evidências científicas que apontam para danos irreversíveis, é necessário retomar concepções históricas e culturais do “fim do mundo” para pensar o presente. Refletir sobre o papel da medicina nesse contexto significa questionar sua função social e reivindicar práticas que, para além do cuidado clínico. É preciso refletir acerca de caminhos de esperança - e de “Esperançar” - que propiciem a superação do realismo capitalista a fim da construção de um outro mundo possível

OBJETIVO

Analisar criticamente o cenário contemporâneo de iminente colapso ambiental e as suas implicações para a prática médica, além de refletir sobre o papel da medicina enquanto instrumento de enfrentamento e superação das crises, em diálogo com a determinação social do processo saúde-doença e o conceito de “Fim do Mundo”

METODOLOGIA

1. Fim do Mundo: Apocalipse em Perspectiva A ideia de “fim do mundo” varia historicamente, desde a queda do Império Romano até profecias religiosas e lutas sociais como Canudos (1-3). Hoje, sob o capitalismo tardio, ganha contornos de imobilismo político: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo (4). A tese do “Fim da História” evidencia esse niilismo diante da subjugação de alternativas ao capitalismo a partir do fim da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, refletindo um pensamento fatalista que bloqueia a busca por alternativas (5).

2. Crise Climática e a Normalização do Apocalipse A emergência climática é a expressão concreta do apocalipse contemporâneo. Mesmo com alertas científicos, ações eficazes são escassas, e o Sul Global sofre desproporcionalmente. O racismo ambiental evidencia essa desigualdade. A degradação de limites planetários e a elevação da temperatura global já impactam a saúde pública, com milhões de mortes previstas por extremos térmicos, especialmente entre populações vulneráveis (6-9).

3. Medicina do Fim do Mundo A crise climática impõe uma revisão crítica do papel da medicina. O processo saúde-doença deve ser entendido como fenômeno político, social e histórico, fruto das condições materiais de vida, como a pobreza e a exploração do trabalho no capitalismo, que geram adoecimento coletivo (10). Diante desse cenário, a medicina deve ir além do paradigma biomédico

1 Diretório Acadêmico Barros Terra, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense. E-mail: lucaslono@id.uff.br

e enfrentar as causas estruturais do sofrimento. É urgente uma prática crítica e emancipadora, que combata as desigualdades e atue pela justiça social e ecológica. O cuidado médico deve romper com o fatalismo capitalista e afirmar a saúde como direito coletivo e expressão de dignidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A iminência de catástrofes globais impõe à medicina o dever de se reinventar como prática emancipatória, comprometida com a transformação das condições materiais do mundo. A superação do realismo capitalista, ao imaginar novos mundos possíveis, é urgente a tarefa coletiva de se construir a esperança crítica de alternativas de futuro. A reflexão sobre o impacto do ideário apocalíptico no Brasil, associado à ameaça concreta da crise climática, aponta caminhos de esperança para “adiar o fim do mundo” (11). Porém, dada a iminência de catástrofes globais, é imposto à medicina o dever de se reinventar como prática emancipatória, comprometida com a transformação das condições materiais humanas. Por isso, uma vez que se entende o adoecimento como coletivo, a saída exige ação coletiva, buscando a mudança do modo de se viver hoje. Para isso, deve ser conduzida a disputa otimista de profissionais da saúde: “esperançar, porque outro mundo é possível” (12).

REFERÊNCIAS

- (1) Silva GV. O fim do mundo antigo: uma discussão historiográfica. 2001; 1:57-71.
- (2) Mazzarolo I, Zanini R. Apocalipse e a Pandemia: Jesus inserido na Realidade das Vítimas. *Perspect. Teol.* 2020; 52(3):733-754.
- (3) Pompa C. A construção do fim do mundo: para uma releitura dos movimentos sócio-religioso do Brasil rústico. *Rev Antropol.* 1998; 41(1).
- (4) Fischer M. Realismo Capitalista: É mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo. *Autonomia Literária*; 2020.
- (5) Fukuyama F. O Fim da História e o Último Homem. São Paulo: Rocco; 2015.
- (6) Araújo ILF, Godoi ACRS, Ribeiro LP. Racismo ambiental, mineração e saúde mental da população negra. *In: Belmont M (org). Racismo ambiental e emergências climáticas no Brasil.* São Paulo: Instituto de Referência Negra Peregum; 2023.
- (7) Richardson K *et al.* Earth Beyond Six of Nine Planetary Boundaries. *Sci Adv.* 2023; 9(37):eadh2458.
- (8) Copernicus Europe’s eyes on Earth. The 2024 annual climate summary: Global Climate Highlights 2024. 2025.
- (9) Wu Y *et al.* Global, regional, and national burden of mortality associated with short-term temperature variability from 2000–19: a three-stage modelling study. *Lancet Planet Health.* 2022 May; 6(5):e410-e421.
- (10) Laurell AC. La Salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales.* 1982; 19:1-11.
- (11) Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
- (12) Freire P. Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

ARGENTINA EXCLUSIÓN EN SALUD EN TERRITORIOS DE EXTRACTIVISMO: AGROINDUSTRIA DEL AGUACATE EN MÉXICO

Lilian Erendira Pacheco Magaña ¹

INTRODUCCIÓN

La relación sociedad- naturaleza se ha ido modificando a lo largo del tiempo, ya que está ligada a las formas de organización social. El proceso de producción agroindustrial capitalista en su fase neoliberal se vincula a procesos de despojo y extractivismo voraz. Esto ha generado daños a la salud, al cuerpo, la psique y a la forma de morir de poblaciones rurales, así como, rupturas en las relaciones sociales y daños ambientales.

En nuestro país, las enfermedades crónico-degenerativas fueron la antesala de la muerte por COVID- 19. Al iniciar la pandemia, se refería que la mayor incidencia de la enfermedad era en población geriátrica. Países de Europa constataban esto por la saturación de los servicios de salud por esta población. Sin embargo, en México, así como otros países periféricos, el envejecimiento temprano de la población (debida a la explotación laboral, la desigualdad y la malnutrición) genera la aparición de enfermedades crónico-degenerativas provocaron una alta mortalidad. Estos contextos se dan en espacios en los que la agroindustria a desplazado formas de vivir más saludables (1-4).

OBJETIVO

Mostrar que el modelo agroindustrial del aguacate en México produce enfermedad y muerte, no existiendo un modelo de atención acorde al cotexto de extractivismo generado por el capitalismo.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo, con metodología mixta (cualitativo y cuantitativo) con 400 trabajadores(as) de la producción de aguacate en un estado de México durante el 2021. Se realizó análisis descriptivo e inferencial, se realizaron categorías analíticas de las entrevistas. Este trabajo fue sometido al Comité Nacional de investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social..

RESULTADOS

En el estudio realizado en el año 2021 a 400 trabajadores de la producción de aguacate, se observa que la frecuencia de afiliación a algún servicio de salud fue: el 50.5% no tiene afiliación a

1 LESET-IdIHCS/UNLP-CONICET. E-mail: malleillesofia@gmail.com

un seguro médico público o privado, seguido de la afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en un 25.8% y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con un 11.8%. El promedio de años que se encontraban afiliados al IMSS fue de 8.8 años (DE 10.6) con un mínimo de 0 años, un máximo de 63 años y una mediana de 5 años (5). En el municipio de estudio del año 1998 al 2018 se registraron, según la Dirección General de Información en Salud (2024), 1584 muertes. Dentro de las primeras causas de muerte tenemos: 1. Diabetes mellitus 20.1% (319 muertes); 2. Infarto Agudo al Miocardio 8.2% (130 muertes); 3. Exposición a factores no específicos 3.1% (49 muertes); 4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 3.1% (49 muertes); 5. Fibrosis y cirrosis hepática 2.4% (38 muertes); 6. Accidente de vehículo de motor 2.3% (36 muertes); 7. Neumonía 2.3% (36 muertes); 8. Senilidad 2.2% (35 muertes); 9. Insuficiencia Cardíaca 2% (31 muertes); 10. Enfermedad Renal Crónica 1.5% (24 muertes); y 11. Hipertensión esencial 1.4% (23 muertes) (6,7).

Juan afirma, que cuando acude a la atención de su centro de salud “No nos atienden en el momento en que necesitan. Sale caro, las enfermeras luego no atienden y es hasta cierta ficha, si llega temprano y ya no alcanza ficha, ya no lo atienden. No hay servicio de emergencia para algún accidente en la huerta. Si tiene seguro van al seguro si no al regional [Secretaría de Salud]. En fin, de semana no hay servicio. La clínica de Tingambato es chica en comparación con otras. Se atienden por pasantes y no atienden de noche por cuestiones de seguridad” (5).

CONSIDERACIONES

En la población estudiada se han desplazado las causas de enfermedad en 27 años, de las causas llamadas como transmisibles a las crónicas. Esto se debe a los modos de andar por la vida de la población que con la agroindustria se ha reducido el acceso a una alimentación diversa y saludable. Así mismo, están expuestos a químicos que se aplican al aguacate para evitar plagas y eliminar hierbas no deseadas. La respuesta local para su atención es mínima o nula. El sistema de salud público y privado no responde a lo que generan estos espacios de extractivismo, que llamamos territorios malsanos.

REFERENCIAS

- (1) García ME, Bermúdez G. Alimentarnos con dudas disfrazadas de ciencia: nutriendo conflictos de interés en México. Ciudad de México: Ed. El poder del consumidor; 2021.
- (2) Global Health Data Exchange (GBD). Global Burden Disease Study 2019 [Internet]. Seattle: IHME; 2025 [citado em 2025 abr 5]. Disponible em: <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>.
- (3) Global Health Data Exchange (GBD). Global Burden Disease Study 2020 [Internet]. Seattle: IHME; 2025 [citado em 2025 abr 5]. Disponible em: <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>.
- (4) INEGI. Información Demográfica y Social. Censo de población y vivienda 2020 [Internet]. INEGI; 2020 [citado em 2025 abr 5]. Disponible em: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>.
- (5) Pacheco MLE. Determinación social de la salud en la producción agroindustrial y las resistencias colectivas, en

dos comunidades del estado de Michoacán [Tese]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; 2024.

(6) México. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2020 [citado em 2025 ago 5]. Disponible en: https://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html.

(7) Gonzalez JS et al. Diagnóstico de Salud Tingambato 2023- 2024. Tingambato: Secretaria de Salud; 2024.

AS EMENDAS PARLAMENTARES E OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Carla Daniele Straub¹

Evelin Jaqueline Lima dos Santos

João Felipe Marques

Lilian Welz

Manoela de Carvalho

Michele Straub

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Emendas Parlamentares (EP) ao orçamento público são instrumentos que permitem ao legislativo realizar alterações no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) (1). Através das EP, o legislativo pode destinar parte do orçamento discricionário das despesas do poder Executivo Federal a órgãos ou entidades da administração pública, bem como a consórcios públicos, organizações da sociedade civil ou serviços sociais autônomos (1,2). Se aprovadas, a União é obrigada a executar as EP e por isso são chamadas de impositivas. Através delas, o legislativo pode influenciar a alocação de recursos públicos em função de compromissos políticos que assumiram durante seu mandato (3).

Embora as EP possam ser vistas como forma de descentralização orçamentária, permitindo ao Legislativo influenciar a distribuição de recursos para atender necessidades regionais, seu uso tem gerado distorções. Vieira (4) destaca que a consolidação desse modelo coincidiu com crises políticas e econômicas que fortaleceram o Legislativo como definidor de prioridades no financiamento de políticas públicas. Ademais, as EP possuem um “caráter distributivo que concentra benefícios em localidades específicas, utilizando impostos gerais pagos por toda a população, gerando impactos mais individuais do que coletivos” (5).

OBJETIVO

O financiamento federal insuficiente para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) é um consenso ao se analisar o histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Mas este debate assumiu novos contornos com o fortalecimento das EP no financiamento do SUS, seja em função do crescente montante de valores alocados, quanto em função das consequências no acesso a serviços de saúde pela população, especialmente a partir de 2018 (4, 5). Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo identificar como a prática de EP sobre o orçamento federal da saúde obstaculiza o cumprimento dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

1 Docente da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: carlastraub@ufpr.br

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, de caráter qualitativo, baseado na análise crítica de normativas legais, pareceres técnicos e produções acadêmicas recentes sobre a relação entre Emendas Parlamentares e financiamento da saúde. Os dados foram coletados em fontes oficiais, como legislação federal, decisões do STF e relatórios da Controladoria-Geral da União, bem como artigos acadêmicos e documentos institucionais do Conselho Nacional de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde. A interpretação foi feita à luz dos princípios do SUS, buscando identificar os padrões na alocação das EP e seus impactos na gestão e no planejamento da saúde.

RESULTADOS

Os resultados encontrados corroboram o que Cunha (1) apontou como questões centrais na discussão sobre os impactos das EP na saúde pública brasileira. A primeira questão é redução do poder do Ministério da Saúde (MS) na destinação de recursos para o financiamento dos gastos discricionários (4), o que reduz, consequentemente, o papel do MS na indução de políticas públicas de saúde. Apesar das EP apresentarem “crescimento e certa regularidade no âmbito das despesas do MS, a distribuição de recursos entre os municípios é marcada por maior instabilidade e descontinuidade do que os demais repasses federais no SUS” (5).

A segunda questão refere-se à “lógica fragmentada e sem critérios distributivos que operam os recursos transferidos por emendas parlamentares para os demais entes federativos, em particular os municípios” (1). A alocação de recursos federais no SUS se consolidou como um mecanismo de coordenação da política de saúde nos diferentes níveis de governo, através de uma combinação de critérios epidemiológicos, demográficos e de oferta de ASPS, presentes na Lei 8.080/1990 e na Lei Complementar 141/2012. Autores consideram que “as EP fragilizam esse mecanismo em prol de critérios eminentemente políticos para direcionamento dos repasses” (5) e que “No contexto atual, as EPs acrescentam um critério a mais à alocação de recursos federais ao custeio da APS e da AES – o critério político –, e disputam com o Executivo o poder de definição dos repasses de recursos discricionários”(4).

Dentre as consequências para o SUS, está a alocação desigual de recursos entre regiões brasileiras, sem critérios técnicos que justificassem essa diferença, e entre níveis assistenciais, com concentração dos investimentos no nível assistencial da Atenção Primária à Saúde (4,5). Há um aprofundamento das iniquidades regionais e ampliação de vazios assistenciais, e as EP “colocam mais pressão sobre os recursos escassos da saúde, por não considerarem o desenho regional do SUS e os vazios assistenciais, cuja eliminação requer planejamento consistente, em função das necessidades de saúde da população, e realização de investimentos continuados, ao longo de alguns anos, a fim de ampliar a oferta de serviços e assegurar a integralidade do cuidado à saúde” (4).

A análise dos documentos orçamentários mostrou que a destinação das EP ocorre de maneira fragmentada e desarticulada em relação ao planejamento estratégico do SUS, dificultando

a previsibilidade e continuidade das ações de saúde. Esse cenário compromete a eficiência dos gastos públicos e a gestão racional e equitativa dos recursos, aspectos que apresentam consequências diretas na garantia dos princípios doutrinários do sistema. Essa prática resulta na pulverização de recursos sem planejamento de longo prazo e sem observação dos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O crescimento e as características de distribuição assumidos pelas EP no custeio do SUS em todo o Brasil, associado ao decréscimo dos repasses do Ministério da Saúde, implicam em consequências para a sustentabilidade do SUS em seus preceitos constitucionais. O modelo atual de financiamento via EP compromete a gestão eficiente do SUS, criando uma dinâmica de barganha política que subverte os princípios constitucionais da saúde pública. A ausência de um critério de rateio adequado acentua desigualdades regionais, comportando-se de forma contrária aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, em especial, o da equidade, além disso, enfraquece o planejamento do sistema em longo prazo. Diante disso, reforça-se a necessidade de revisão da Lei Complementar 141/2012 e da regulação das EP para assegurar a equidade na distribuição de recursos.

REFERÊNCIAS

- (1) Cunha ML, Bergamin J, Telésforo J, Brenck C, Ribeiro R. As emendas parlamentares e a disputa do orçamento em um contexto de austeridade fiscal. São Paulo: Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (Made/USP), 2024.
- (2) Brasil. Câmara dos Deputados. Orçamento impositivo. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/fiquePorDentro/temas/orcamento-impositivo>.
- (3) Brasil. Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Entenda a gestão: Emendas Parlamentares. 2024. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/entenda-a-gestao-publica/emendas-parlamentares#:~:text=Emenda%20parlamentar%20%C3%A9%20um%20instrumento,lei%20or%C3%A7ament%C3%A1ria%20enviado%20pelo%20Executivo>
- (4) Vieira FS. Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde. Brasília, DF: Ipea; 2024.
- (5) Silva AS, Lima LD, Baptista TW, Vieira FS, Andrade CL. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. Ciênc Saúde Colet. 2024;29(7):1-12.

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CAUSADAS PELA POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Juliana Koury Sabbá¹

Regianne Maciel dos Santos Correa

Isabela de Lima Abreu

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observa-se um aumento expressivo no número de indivíduos com doenças respiratórias, o qual coincide com o aumento da exposição a poluentes atmosféricos e crescimento industrial (1).

Tal poluição tem sido identificada como grave problema de saúde pública, principalmente nos centros urbanos. Os mais afetados pelas doenças respiratórias são os idosos e crianças, devido a anatomia e funcionalidade do sistema respiratório. Devido ao envelhecimento os idosos têm uma redução da mobilidade da caixa torácica (capacidade dos pulmões distender-se e retornar ao seu formato normal) e elasticidade pulmonar, consequentemente reduzindo a eficiência dos mecanismos de defesa contra agentes patológicos, como a tosse e mobilidade dos cílios do epitélio (2).

Com o contínuo crescimento industrial, estudos analisam o aumento da presença de poluentes atmosféricos, os principais incluem óxido de nitrogênio, ozônio, monóxido de carbono, hidrocarbonetos e material particulado (3)

As alterações na atmosfera causam impactos diretos aos seres humanos, que afetam a saúde respiratória gerando problemas como, alergias respiratórias, asma, e até mesmo doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (4). Portanto, a realização desta revisão integrativa da literatura justifica-se pela relevância de compreender os impactos da poluição atmosférica na saúde respiratória, principalmente nas áreas urbanas.

OBJETIVO

Com o desígnio de ratificar e colaborar com os estudos sobre a vinculação entre saúde e clima, o presente trabalho tem como objetivo relacionar a poluição atmosférica ao agravamento de doenças respiratórias especificamente nos grandes centros urbanos.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL) com base em artigos publicados entre 2003 e 2025 nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico, SciELO e LILACS. Após a

1

E-mail: kouryjuliana79@gmail.com

seleção do tema, foi definida a pergunta norteadora: Qual a relação entre a exposição à poluição atmosférica e o agravamento de doenças respiratórias nos grandes centros urbanos? A revisão incluiu estudos considerando o tipo de poluente atmosférico e as consequências geradas por ele na população afetada. Para os critérios de inclusão, adotou-se a seleção de artigos publicados em português e inglês, artigos na íntegra de acordo com o tema proposto, e os para o critério de exclusão, foram excluídos artigos incompletos e que não apresentaram correlação com a temática da pesquisa, literaturas sem apresentação de dados suficientes, que não dispunham de argumentos plausíveis ou não apresentando data de publicação explícita.

RESULTADOS

De acordo com as estratégias de busca foram encontrados apenas 12 artigos nas bases de dados selecionadas. Após a análise, foram selecionados 7 artigos que estavam de acordo com tema proposto que abordaram a relação entre a poluição atmosférica e o agravamento de doenças respiratórias. A análise permitiu a organização dos achados em três categorias principais: associação entre poluentes e agravamento de doenças respiratórias, grupos vulneráveis e interação entre poluentes e infecções respiratórias.

Na presente pesquisa, todos os estudos demonstraram associação entre a exposição a poluentes como material particulado (MP2.5), dióxido de nitrogênio (NO₂), dióxido de enxofre (SO₂) e ozônio (O₃) e a piora de quadros respiratórios. Serpa *et al.* (1) (2022) destacaram o aumento de internações por asma e DPOC em períodos de maior poluição. Lee *et al.* (5) observaram que a poluição urbana influencia o surgimento e agravamento de doenças alérgicas respiratórias, como rinite e asma.

Populações vulneráveis, como crianças e indivíduos com doenças alérgicas, foram avaliados nos estudos de Corrêa *et al.* (6) quanto aos fatores que contribuem para a incidência das doenças respiratórias em crianças brasileiras, onde 50% referiram a poluição e queimadas e 20% a condições climáticas naturais. Muitos estudos demonstram claramente que os poluentes atmosféricos desencadeiam potencialmente a exacerbação da asma. Nos estudos de Lee *et al.* (5) observaram os efeitos prejudiciais dos poluentes atmosféricos em doenças alérgicas, incluindo exacerbação para o desenvolvimento de asma, rinite alérgica e eczema. Por fim, Chauhan e Johnston (7) observaram a suscetibilidade a infecções respiratórias virais, como rinovírus, especialmente em pacientes com doenças crônicas, contribuindo para exacerbações

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Vários estudos epidemiológicos e experimentais indicam que os poluentes atmosféricos desempenham papéis tanto no início quanto na exacerbação de doenças alérgicas. Portanto, é importante tomar conhecimento da poluição do ar em doenças alérgicas para controlar os poluentes do ar não apenas para prevenir as exacerbações e o desenvolvimento de doenças alérgicas, mas também para melhorar a saúde das pessoas em todo o mundo.

REFERÊNCIAS

- (1) Serpa FS, Reisen VA, Zandonade E, Aranda HC, Solé D. Poluição do ar e saúde respiratória. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2022;6(1):91-99.
- (2) Ruivo SF, Ruivo RMA, Ruivo RMA. Força muscular respiratória, função pulmonar e expansibilidade toracoabdominal em idosos e sua relação com o estado nutricional. *Fisioter Pesqui.* 2016;23(4):421–7.
- (3) Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Poluentes Atmosféricos. Brasília, DF: MMA; 2025.
- (4) Saldiva PHN, Cascio WE. Poluição do ar ambiental: efeitos respiratórios. *J Bras Pneumol.* 2021;47(6):e20210328.
- (5) Lee SY, Chang YS, Cho SH. Allergic diseases and air pollution. *Asia Pac Allergy.* 2013 Jul;3(3):145-54. doi: 10.5415/apallergy.2013.3.3.145. Epub 2013 Jul 30.
- (6) Corrêa Costa Beber L, Meggiolaro Gewehr D, Cecconello L, Machado Sulzbacher M, Gomes Heck T, Moraes Berlezi E. Fatores de risco para doenças respiratórias em crianças brasileiras: revisão integrativa. *Rev Interd Estud Saúde.* 2020;9(1):26–38.
- (7) Chauhan AJ, Johnston SL. Air pollution and infection in respiratory illness. *Br Med Bull.* 2003;68(1):95–112.

CAPITALISMO SELVAGEM: O QUE DIZEM AS TEORIAS SOBRE SAÚDE E TRABALHO?

Cristina Albuquerque Douberin¹

Lucilane Maria Sales da Silva

Roberta Duarte Maia Barakat

Antônio Diego Costa Bezerra

André Cardoso Tavares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O estudo sobre as relações existentes entre saúde e trabalho vem enfrentando barreiras seculares. A discussão acerca deste campo sempre foi bastante demarcada por estigmas, receios sobre sua repercussão e desinteresses de segmentos sociais cujo poder de influência sobre a população, no geral, é expressivo. A evolução do modelo de sistema econômico para a esfera capitalista e a consequência dos processos de trabalho dela oriundos, entretanto, estão denotando um panorama considerável de danos à saúde do trabalhador, fato que não se pode mais marginalizar.

Dessa forma, salienta-se que, em tempos hodiernos, não há mais como se esquivar do reconhecimento da existência de uma coadunação entre o grau de interferência do trabalho na vida cotidiana das pessoas e a análise dos eventos relativos à saúde delas. Nesse ínterim, é possível dizer que alguns pesquisadores foram estimulados a se debruçar um pouco mais nos estudos pertinentes a este tema (1).

Dito isso, uma pergunta vem à tona naturalmente: O que dizem as teorias sobre saúde e trabalho? Obviamente que tal questionamento não se esgota aqui, mas é suficiente para explicitar a importância de se fazer ciência no campo da saúde do trabalhador, haja vista a sua inserção no domínio da Saúde Coletiva, que é interdisciplinar e multiprofissional.

OBJETIVO

Para responder a essa pergunta levantada, este trabalho teve por objetivo levantar, na literatura, o que dizem as teorias sobre saúde e trabalho. Dessa forma, conseqüentemente, pretendeu-se instigar reflexões a respeito dessa correlação supracitada, em um mundo regido por um sistema capitalista.

METODOLOGIA

Tratou-se de um ensaio teórico, cuja elaboração requereu que fosse desempenhada uma série de leituras sobre o tema e, posteriormente, elaborado um fichamento com as principais informações inerentes a cada estudo. Todo esse processo foi desenvolvido durante o período de maio a julho de 2024.

1

Universidade Estadual do Ceará. E-mail: albuquerque.douberin@aluno.uece.br

RESULTADOS

Os pesquisadores, em sua maioria, voltam suas produções científicas acerca de trabalho e saúde, prioritariamente, para os seguintes modelos teóricos principais: a teoria do estresse e a teoria dos aspectos relacionados às relações de poder. Seligmann-Silva, uma das principais pesquisadoras brasileiras do campo, segue a mesma tendência, didática e pormenorizadamente (2).

É sabido que a teoria do estresse foi a pioneira nos estudos sobre a temática em questão, interligando saberes inseridos na psicofisiologia e na psicologia social e imbricados à consideração sobre fadiga relacionada ao trabalho. Ainda na contemporaneidade ela é referência e amplia seus estudos para além da fadiga, incluindo o estresse propriamente dito, a insatisfação e a tensão, ao admitir também a influência do ambiente social naquilo que tange à saúde mental e trabalho (1).

A teoria dos aspectos relacionados às relações de poder, por sua vez, caracteriza-se pela intimidade estabelecida com a dinâmica de relações de dominação (3, 4). Para o alcance de salutar performance na sua condução, faz-se necessário que os pesquisadores compreendam, com muita propriedade, elementos do materialismo histórico.

Karl Marx faz isso muito bem, quando percebe um forte mecanismo mandatório do sistema capitalista para que os fatos assim aconteçam, já que mesmo com o transcorrer do tempo, os modelos de gestão operam deteriorando relacionamentos e oprimindo o cidadão que disponibiliza seu tempo de vida e sua mão-de-obra. Esse fenômeno contribui para a precarização do processo de trabalho e acaba por adoecer o trabalhador (5).

Conclusões/Considerações

Considerando-se as evidências científicas analisadas, tal como as reflexões delineadas neste ensaio, conclui-se que não há respostas prontas e diretas para saber exatamente qual a melhor teoria de pesquisa no campo da saúde e trabalho e que seja escolhida por unanimidade sempre que se deseja estudar algum objeto na área. De tal modo, evidencia-se a seleção de aportes teóricos e metodológicos de acordo com afinidade e expertise dos pesquisadores da área, a fim de se explicitar e refletir a respeito das consequências que o sistema capitalista ocasiona à saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- (1) Heloani JR, Silva EP. O desgaste da realidade socioinstitucional, identidade e stress no trabalho de guardas municipais. In: Gutierrez G. Qualidade de vida e fadiga institucional. Campinas: Unicamp/IPES, 2006.
- (2) Araújo TM. Revisão de Abordagens Teórico-Metodológicas sobre Saúde Mental e Trabalho. In: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
- (3) Clegg S. O poder, linguagem e ação nas organizações. In: Chanlat JF. O Indivíduo nas Organizações: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.
- (4) Seligmann-Silva E. Desgaste Mental no Trabalho Dominado. Rio de Janeiro: UFRJ; Cortez; 1994.
- (5) Areosa J. Ensaio sobre psicodinâmica do trabalho. R. Katál. 2021; 24(2):321-330.

CAPITALISMO, MUDANÇA CLIMÁTICA E SAÚDE COLETIVA EM COMUNIDADES VULNERÁVEIS DA COSTA CARIBE

Flávio Lima Ramos¹

Giovanna Fortunato

Lucas Almeida Oliveira dos Santos

Sergio Armando Mojica Rodriguez

Maryenis Galván Potes

Francis Araque Barboza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas intensificam desigualdades socioambientais em regiões históricas da América Latina, onde a expropriação ambiental e a ausência de políticas públicas efetivas agravam os efeitos de crises globais. Na costa caribe colombiana, comunidades rurais como Tubará, Juan de Acosta e Piojó enfrentam um ciclo de vulnerabilidade que une a exploração de recursos naturais à marginalização social. A urbanização desigual, aliada à precariedade da infraestrutura pública e à desvalorização dos saberes tradicionais, potencializa os impactos das mudanças climáticas sobre a saúde coletiva. As regiões com menor responsabilidade pelas emissões de gases de efeito estufa são as mais atingidas, revelando uma profunda injustiça ambiental (1). O modelo capitalista voltado à acumulação e à exploração de territórios e corpos, acirra essa desigualdade. Como destacam os autores Veloso dos Santos, Wakimoto e Nery, os efeitos da crise climática recaem com maior peso sobre populações historicamente vulnerabilizadas, atingidas por múltiplas formas de exclusão, como as de classe, raça e gênero (2).

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar o avanço do modelo desenvolvimentista capitalista e sua influência na maximização da vulnerabilidade socioambiental, afetando a saúde das comunidades da costa caribenha colombiana na contemporaneidade. Pretende-se compreender como os processos de expropriação ambiental, urbanização desigual e invisibilização de saberes locais impactam as possibilidades de resiliência e justiça socioambiental no território.

METODOLOGIA

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa-descritiva, baseada em revisão teórico-conceitual e experiência empírica derivada de um projeto de cooperação internacional entre Brasil e Colômbia, com apoio da Norwegian Agency for Exchange Cooperation (NOREC). Desde fevereiro de 2024, o projeto é realizado em comunidades rurais de Tubará, Juan de Acosta e Piojó, no departamento

1 Universidad Metropolitana de Barranquilla, Colômbia. E-mail: flaviolimaramos@gmail.com

de Atlântico, envolvendo pesquisadores da saúde coletiva e ciências sociais. As técnicas empregadas incluem observação participante, oficinas comunitárias, entrevistas abertas e percursos territoriais. A análise foi triangulada com revisão bibliográfica em bases como Scopus, Redalyc, SciELO e PubMed, com ênfase em autores críticos latino-americanos e estudos sobre saúde e mudanças climáticas. Os dados foram tratados por meio de análise de conteúdo, articulando teoria e vivência territorial. Como parte da metodologia participativa, desenvolveu-se o projeto *AmbientAcción Juvenil*, com adolescentes, fundamentado na aprendizagem por projetos. A iniciativa incluiu atividades práticas e lúdicas sobre riscos climáticos, resiliência e soluções comunitárias.

RESULTADOS

Dados preliminares indicam que a associação entre desigualdade estrutural, ausência de políticas efetivas e avanço da exploração ambiental agrava os impactos das mudanças climáticas sobre a saúde em comunidades rurais. Romanello e autores (1) já alertavam que os países historicamente menos responsáveis pelas emissões enfrentam os efeitos mais severos da crise, como alta mortalidade por calor extremo, aumento de doenças infecciosas e perda de capacidade laboral. A vulnerabilidade socioambiental aparece na precariedade do saneamento, nas arboviroses, na má gestão de resíduos, na insegurança hídrica e no sofrimento psíquico, especialmente entre jovens e mulheres. Oficinas com adolescentes revelam invisibilização institucional e resistência cotidiana, reforçando a necessidade de problematizar a atuação estatal e os sistemas de proteção social. A crítica de Luzuriaga e Bahia (3) aos modelos tipológicos de saúde na América Latina ajuda a compreender arranjos híbridos entre o público e o privado. O projeto *AmbientAcción Juvenil* tem se mostrado eficaz na mobilização de adolescentes e escolas, promovendo a construção coletiva de cartografias afetivas e de riscos, além de estratégias como armadilhas para vetores, que trabalham a promoção de ambientes saudáveis e fomentam reflexões sobre os impactos diretos das alterações climáticas nas comunidades vulneráveis, bem como sobre a resiliência comunitária. Sapag e Kawachi destacam que confiança, reciprocidade e ação coletiva são essenciais à promoção da saúde (4). A valorização da memória ambiental e dos saberes locais amplia os vínculos, a solidariedade e a participação, mostrando que não há saúde sem justiça social, ambiental e transformação estrutural.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência deste estudo indica que os efeitos das alterações climáticas na saúde não podem ser dissociados do processo histórico de expropriação e colonialidade que marcam o desenvolvimento desigual na América Latina. A intensificação do modelo desenvolvimentista capitalista aprofunda desigualdades históricas e agrava a vulnerabilidade socioambiental das comunidades rurais da costa caribe colombiana. A saúde, nesse contexto, é atravessada por múltiplas precariedades relacionadas à expropriação ambiental e à invisibilização de saberes locais. As ações participativas, como o projeto *AmbientAcción Juvenil*, mostram que a resiliência comunitária depende da valorização das juventudes, da memória coletiva e da articulação entre ciência, território e justiça socioambiental. O projeto seguirá

em execução até maio de 2025, fortalecendo capacidades locais frente ao colapso climático. Reafirma-se a urgência de políticas públicas integradas e transformadoras que assegurem o direito à saúde de forma equitativa e sustentável.

REFERÊNCIAS

- (1) Romanello M *et al.* The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change. *Lancet*. 2023;402(10419):2346–94.
- (2) Veloso dos Santos VG, Wakimoto MD, Nery T. Saúde e mudanças climáticas. *Cad OIMC*. 2025 (citado em 2025 2 abr);(16). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa>
- (3) Luzuriaga MJ, Bahia L. Processos de expansão e limites à privatização da atenção à saúde na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Supl 2):e00127616.
- (4) Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):139-49.

CAPITALISMO, TRABALHO E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA

Vitória Campos Ferreira de Aguiar¹

Mariana da Graça Machado

Vivianne da Cruz

Bárbara Franco Quites

Lorrany Viana de Souza

Letícia Cassiano dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O ingresso no programa de residência marcou o início de uma vivência que revelaria as contradições entre teoria e prática no cotidiano do profissional de saúde. Oriunda de uma formação acadêmica afetada pela pandemia da COVID-19, onde a maior parte da formação ocorreu de forma remota, a entrada no serviço como enfermeiras, evidenciou um ‘choque de realidade’. Profissionais cansados, sobrecarregados por múltiplas funções e com estruturas mínimas de suporte, revelaram o funcionamento do sistema de saúde sustentado por trabalhadores que beiram o adoecimento, em especial, sobre aspectos que atravessam a saúde mental. (1) No campo de atuação, foi percebido que o trabalho em saúde é interferido por uma lógica de produção que prioriza metas e indicadores, em detrimento do cuidado humanizado. As condições de trabalho influenciam diretamente a assistência prestada, pois o esgotamento físico e mental dos profissionais compromete a qualidade do cuidado. O discurso do cuidado centrado no usuário, embora importante, não considera os limites impostos por jornadas extensas, ausência de recursos e o adoecimento da própria equipe. Compreender essa realidade foi fundamental para desconstruir idealizações e perceber que, no capitalismo, o trabalho em saúde é muitas vezes explorado, invisibilizando os sujeitos que sustentam o sistema. (2, 3)

OBJETIVO

O objetivo principal se relaciona ao relato da vivência enquanto residentes de enfermagem em saúde coletiva apoiados na observação da sobrecarga de trabalho nos serviços de atenção primária, especialmente nos campos de atuação na residência e assim, refletir sobre a influência do capitalismo na organização do trabalho e no cuidado em saúde.

METODOLOGIA

Este relato de experiência foi construído a partir da vivência direta das autoras enquanto residentes de enfermagem em saúde coletiva, atuando na Atenção Primária à Saúde (APS) nos

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: vitoriaa@id.uff.br.

municípios de Niterói e Rio de Janeiro. A produção do texto teve como ponto de partida uma colaboração interprofissional com o serviço social, cuja interlocução foi essencial para ampliar as reflexões sobre o cotidiano do trabalho em saúde. A imersão prática em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), aliada à observação atenta das dinâmicas locais, constituiu o principal caminho metodológico para apreender a realidade vivenciada. Essa experiência foi analisada à luz da perspectiva crítica do trabalho em saúde, fundamentada em autores como Karl Marx e em referenciais da saúde do trabalhador, reconhecendo a precarização das condições laborais como expressão estrutural do sistema capitalista. (4) Tal abordagem permitiu refletir sobre os impactos do trabalho precarizado na saúde dos profissionais e na qualidade da atenção oferecida à população, destacando o trabalhador da saúde como sujeito que também demanda cuidado, escuta e reconhecimento. (4, 5)

RESULTADOS

A realidade observada nos serviços evidenciou uma intensa precarização do trabalho em saúde. Profissionais sobrecarregados, infraestrutura deficitária, acúmulo de funções e metas excessivas são marcas cotidianas. Enfermeiros acumulam atividades administrativas e assistenciais, muitas vezes sem tempo para pausas ou autocuidado. Essa lógica de produtividade compromete o cuidado integral e humano, afetando diretamente a qualidade da assistência. A influência do capitalismo na saúde se expressa na mercantilização dos serviços e na gestão pautada pela eficiência, e não pelo cuidado. (1, 2, 4, 5) Os trabalhadores tornam-se engrenagens de um sistema que os adocece, ao mesmo tempo em que exige excelência. Karl Marx já discutia o papel do trabalho alienado e da exploração da força de trabalho como base do capitalismo. Essa alienação se materializa na Enfermagem quando os sujeitos que cuidam não se percebem como merecedores de cuidado, priorizando a produtividade à própria saúde. As pausas são raras, as doenças são ignoradas e o sofrimento psíquico é naturalizado. Além disso, a ausência de espaços de escuta e acolhimento dentro das equipes contribui para o aumento do adoecimento. A vivência na residência reforça que o trabalho em saúde precisa ser compreendido não apenas como uma atividade técnica, mas como um processo que envolve corpo, mente, afeto e subjetividade. (1, 2, 5)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Compreender o trabalho em saúde como expressão das contradições do capitalismo é fundamental para construir estratégias de resistência e cuidado. O adoecimento dos profissionais reflete a lógica produtivista que rege os serviços públicos, tornando urgente a valorização das condições de trabalho e a promoção da saúde do trabalhador. (5) A experiência na residência revela que cuidar também exige ser cuidado, e que transformar o cuidado em saúde demanda enfrentar as raízes estruturais que precarizam o trabalho e invisibilizam os sujeitos que o realizam. É necessário reconhecer a centralidade do trabalho em saúde na produção do cuidado e lutar por estruturas mais humanas, equitativas e solidárias. (1, 2)

REFERÊNCIAS

- (1) Soratto J, Pires DEP de, Trindade LL, Oliveira JSA de, Forte ECN, Melo TP de. Insatisfação no Trabalho de Profissionais da Saúde na Estratégia Saúde da Família. Texto contexto - enferm [internet]. 09 de março de 2017. Acesso em: 13 de abril de 2025; 26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94htctxhwtvfgqrwstfvxgh>.
- (2) Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- (3) Campos A do CS. Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Cad Saúde Pública [internet]. 03 de abril de 2007. Acesso em: 12 de abril de 2025; 23(4):979–81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000400027>.
- (4) Marx K. O Capital: Crítica da Economia Política. Livro 1. São Paulo: Boitempo; 2013.
- (5) Mendes R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu; 2007. (5) Okita GM. Análise da dependência da indústria farmacêutica brasileira de insumos farmacêuticos ativos (2000-2020) [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2022.

CARACTERIZACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO, AÑO 2023

Catalina Segovia¹

Analía Diana Avalos Jimenez

Deisy Galeano

Gladys Estigarribia

Gloria Gonzalez

Guiomar Viveros

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en niños menores de 5 años son un problema mundial, especialmente prevalece en invierno(1). En Paraguay, las infecciones respiratorias agudas representan una carga significativa para el sistema de salud, siendo una de las principales causas de hospitalización en la población pediátrica(2). Factores como falta de inmunización, pobreza, hacinamiento y hábitos tóxicos aumentan el riesgo(1).

Las infecciones respiratorias agudas son un problema de salud pública en Paraguay, afectando principalmente a la población infantil. Factores como la pobreza, la falta de inmunización, las condiciones de vivienda precarias y el acceso limitado a servicios de salud pueden aumentar la vulnerabilidad de los niños a estas enfermedades. Es importante destacar que las Infecciones Respiratorias Agudas son una de las principales causas de mortalidad infantil a nivel mundial, siendo responsables de aproximadamente 4 millones de muertes al año en niños menores de 5 años.

Aunque no se dispone de estadísticas nacionales actualizadas en Paraguay, estudios previos han reportado que las infecciones respiratorias agudas son una de las principales causas de hospitalización pediátrica en el país, este estudio fue fundamental para comprender la situación actual de las Infecciones Respiratorias Agudas en la población pediátrica de Coronel Oviedo y generar información valiosa que permita la implementación de intervenciones eficaces para su prevención, control y manejo adecuado, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a estas enfermedades en los niños de la región.

Además, los resultados obtenidos podrán ser utilizados como base para futuras investigaciones y para el diseño de políticas y programas de salud pública enfocados en reducir la incidencia y el impacto de estas enfermedades en los niños. Asimismo, el estudio contribuirá al fortalecimiento de la capacidad de vigilancia epidemiológica y la mejora de la calidad de la atención médica brindada a los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas en el Hospital Regional Dr. José Ángel Samudio de Coronel Oviedo y en otras instituciones de salud de la región.

1 Facultad de Ciencias de la Salud. catalinasegovia@fcs.unca.edu.py

OBJETIVO

Determinar características de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en 2023.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo con 135 niños. Se utilizó la revisión documental y ficha de recolección de datos elaboradas de acuerdo con los objetivos de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La edad predominante fue 1-5 años (60%), con mayor prevalencia el sexo masculino (63%) y procedencia urbana (67%). El esquema de vacunación estaba incompleto en 65% de los casos. La lactancia materna fue mayor a 6 meses en (53%). La ventilación en domicilios fue del 96%, pero el 70% no tenía acceso a servicios básicos. Los signos y síntomas más frecuentes fueron la Dificultad respiratoria (84%) y fiebre (12%) fueron los síntomas principales. Los cuadros de Neumonía Adquirida en la Comunidad predominantes en un (88%) de los casos. El tratamiento fue principalmente con antibióticos y broncodilatadores. El egreso fue en mayor cantidad en un (98%).

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años incluyen esquema de vacunación incompleto, falta de acceso a servicios básicos, pobreza y estación del año. Estos factores contribuyen a la propagación de la enfermedad en el hogar y la comunidad. Es fundamental implementar medidas preventivas para reducir la incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas en este grupo etario vulnerable.

REFERENCIAS

- (1)World Health Organization. Infecciones respiratorias agudas en niños: combatir una causa importante de mortalidad infantil [Internet]. 2022 [citado em 20 de agosto de 2025]. Disponible em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/acute-respiratory-infections>.
- (2)Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica n° 52 [Internet]. 2022 [citado em 20 de agosto de 2025]. Disponible em: https://dgvs.mspbs.gov.py/files/boletines/SE52_2022_Boletin.pdf.

CARACTERIZACIÓN DEL DENGUE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA DURANTE EL AÑO 2024

Katherine Victorio¹

Nelson Martínez

Nicole Galán

Emmanuel Jiménez

Pénelope Parra

Esthefanía Henríquez

Nidia Vargas

Eslin Cípion

José Selig

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad arboviral transmitida por mosquitos del género *Aedes* principalmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* (1). Son conocidos hasta el momento cuatro serotipos del virus del dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4), todos presentes en las Américas y cada uno de estos cuenta con propiedades antigénicas diferentes. Su incidencia es mayor en regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones climáticas favorecen la proliferación del vector (2). En las Américas, esta arbovirosis representa un serio problema de salud pública (3), ya que el incremento de casos se ha visto influenciado por diversos factores, incluyendo el cambio climático, el crecimiento poblacional descontrolado y la urbanización sin adecuada planificación, lo que ha contribuido a la expansión de los criaderos del vector y al aumento en la frecuencia de brotes epidémicos. Además, el virus del dengue ha mostrado un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad, con manifestaciones clínicas que van desde cuadros leves hasta complicaciones graves, incluyendo el dengue con signos de alarma y el dengue grave (4).

OBJETIVO

El presente estudio tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos confirmados de dengue en la República Dominicana durante el año 2024.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo basado en el análisis de los casos confirmados de dengue registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes cuyo diagnóstico fue confirmado mediante pruebas serológicas específicas para el virus

1 Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. katherine.victorio@ministeriodesalud.gob.do

del dengue. La información se obtuvo a partir de los registros del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SINAVE, permitiendo analizar variables demográficas, clínicas y epidemiológicas de los casos confirmados. Los datos obtenidos fueron limpiados, procesados y analizados de la manera correspondiente mediante el software estadístico PSPP (Perfect Statistical Professional Presented), utilizando frecuencias y porcentajes para obtener los resultados que se expresan en este trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el período analizado, se confirmaron un total de 1,282 casos de dengue. La distribución por sexo reveló una ligera predominancia de casos masculinos, representando el 50.2% del total, mientras que las mujeres constituyeron el 49.8% de los casos. El análisis por grupos etarios identificó a los adolescentes y jóvenes adultos, rango de edad de 10 a 19 años, como la población más afectada por el dengue, con un 42.3% de los casos totales. La clasificación de los casos según la gravedad clínica indicó que el 55.7% presentó dengue con signos de alarma. El 43.4% de los casos correspondió a dengue sin signos de alarma, mientras que un pequeño porcentaje, correspondiente al 0.4%, desarrolló dengue grave. Este tipo de clasificación del dengue requiere atención médica inmediata y especializada. En cuanto a la sintomatología, la fiebre fue el síntoma más frecuente, reportado en el 94.4% de los casos, lo que coincide con la presentación clínica típica de la enfermedad. El dolor de cabeza y los vómitos también fueron síntomas prevalentes, afectando al 53.9% y al 42.3% de los pacientes, respectivamente. Las regiones del país con mayor reporte de casos corresponden a Cibao Norte y Cibao Nordeste con el 40.3% y 26.4%, respectivamente, de acuerdo a los datos analizados.

CONCLUSIONES

El estudio proporciona evidencia clave sobre la distribución etaria y la presentación clínica del dengue en el 2024, destacando la alta prevalencia en población juvenil y la frecuencia de casos con signos de alarma. Asimismo, demuestra la necesidad de fortalecer el trabajo multidisciplinario para la prevención, el control y la mitigación de esta enfermedad transmitida por vectores, especialmente en grupos desproporcionadamente afectados. La vigilancia epidemiológica del dengue en la República Dominicana continúa siendo esencial para la prevención de los casos de dengue.

REFERÊNCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave [Internet]. OMS; 2024 [citado em 20 agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.
- (2) Hernández Bautista PF et al. Retrospective analysis of severe dengue by dengue virus serotypes in a population with social security, Mexico 2023. Viruses [Internet]. 2024 [citado em 20 agosto de 2025];16(5):769. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/v16050769>.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue [Internet]. Washington, DC: 2020 [citado em 20 agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/2020-cde-algoritmos-manejo-clinico-dengue.pdf>.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: circulación sostenida de dengue en la región de las Américas [Internet]. 2023 [citado em 20 agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-circulacion-sostenida-dengue-region-americas-5-diciembre-2023>.

CONDICIONES LABORALES, DE VIDA Y SALUD DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS COLOMBIANOS

Luis Alberto Cáceres Torres¹

INTRODUCCIÓN

El 23% de las y los colombianos habitan en zonas rurales (1), casi 12 millones de personas y padecen las mayores inequidades de nuestro país. El índice de pobreza multidimensional para el 2022 fue del 12.9% a nivel nacional (2), siendo 3 veces mayor en las zonas rurales (27.3%) que en los centros urbanos (8.7%). La tasa de desempleo e informalidad es mayor con respecto a la urbana (3).

Las y los trabajadores rurales tienen bajo sus manos la labor de alimentar a la población, especialmente de los centros urbanos, pero enfrentan condiciones de vida, salud y trabajo más complejas que sus pares ciudadanos, por eso se llevó a cabo este estudio para recopilar los trabajos realizados en Colombia para la caracterización de los trabajadores rurales ligados a la agricultura.

OBJETIVO

Caracterizar las condiciones laborales, de vida y salud de trabajadores rurales vinculados a la agricultura.

METODOLOGÍA

La búsqueda se basó en el protocolo PRISMA – ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).

Criterio de elegibilidad: revistas y trabajos de grado publicados del 2015 al 2024.

Fuentes de información: ResearchGate, Redalyc, ScienceDirect y LILACS y repositorios universitarios.

Ecuación de búsqueda: ((“condiciones de trabajo” or “riesgos laborales” or “salud laboral or “enfermedades profesionales”) and agroindustria and “trabajadores rurales” and “cultivos agrícolas” and Colombia).

RESULTADOS

La agricultura es la principal fuente de trabajo rural (59.9%) y el tercer sector que más ofrece empleo en el país, pero es la que ofrece la menor remuneración (4). El 70% están vinculados a la economía informal (5), con una gran brecha en la ocupación de hombres y mujeres (80% y 40% respectivamente) (4).

¹ Universidad Nacional de Colombia. E-mail: lacacerest@unal.edu.com

La mayoría de trabajadores sólo tiene primaria con menor escolaridad en mujeres que hombres (4,6). La población rural se está envejeciendo y el relevo generacional es bajo⁶, el tamaño de los hogares pasó de 5 personas en 1990 a 3,6 en 2016 (4).

En la floricultura y palma de aceite, los trabajadores son amenazados con ser despedidos si no mantienen la productividad establecida por la empresa (7,8). En el cultivo de arroz los trabajadores son contratados a destajo (se les paga por lo que hagan) con ingresos inferiores al salario mínimo (9). Los corteros de caña de azúcar tienen jornadas hasta de 14 horas diarias (10).

El 95.8% de la población rural está afiliada a salud, principalmente en el régimen subsidiado (11), pero con múltiples barreras para acceder a los servicios (4). Muy pocos cuentan con protección a riesgos laborales y por tanto no tienen prestaciones económicas por discapacidad o maternidad (12).

En flores y palma de aceite se identificaron enfermedades dermatológicas y osteomusculares por la exposición prolongada a la radiación solar y a los ejercicios repetitivos y hay subregistro de enfermedades laborales para evitar su costo (7,8). Los productores de papa enfrentan riesgos físicos (posturas, clima, maquinaria), químicos (plaguicidas) y biológicos (patógenos) (13).

CONSIDERACIONES

El modelo neoliberal ha favorecido la acumulación de capital y la consolidación de grandes compañías transnacionales que concentran los medios de producción sometiendo a los trabajadores a condiciones precarias para maximizar su ganancia. Si protestan, se trasladan a otro país con normas laborales más flexibles.

Las condiciones laborales, de vida y salud de las y los trabajadores rurales colombianos es un panorama complejo que representa un reto para la investigación y la intervención desde la salud pública. La Medicina Social Latinoamericana ha planteado paradigmas críticos que brindan herramientas alternativas para el abordaje de esta problemática y así avanzar en la reivindicación y protección de la población rural (14).

REFERENCIAS

- (1) Colômbia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Resultados preliminares Censo Nacional de Población y vivienda 2018 [internet]. Bogotá: DANE; 2018 [citado em 2025 abr 5]. Disponible em: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
- (2) Colômbia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza Multidimensional En Colombia. Boletín Técnico [internet]. Bogotá: DANE; 2023 [citado em 2025 abr 5]. Disponible em: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf.
- (3) Penagos A, Ospina C, Quesada C, Castellanos F. Una mirada al mercado laboral rural colombiano y un acercamiento a los posibles efectos de la pandemia [internet]. Rimisp; 2020. Disponible em: https://www.rimisp.org/wp-content/uploads/2020/12/2020_11_30-MERCADO-LABORAL-RURAL-ANALISIS-VF_1-logo.pdf

- (4) Unión Europea. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. El Desarrollo Rural En Cifras. Principales Características Sociales de La Población Rural En Colombia [internet] [citado em 2025 abr 5]. Disponible em: <https://www.agronet.gov.co/agroclima/Documents/cartilla.pdf>
- (5) Colômbia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Mercado laboral de la población campesina Boletín técnico. Boletín técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) [internet]. Bogotá: DANE; 2023 [citado em 2025 abr 5]. Disponible em: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_poblacion_campesina/boletin_GEIH_poblacion-campesino_ene23_mar23.pdf (2023).
- (6) Colômbia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Tercer Censo Nacional Agropecuario: Hay Campo Para Todos - Tomo 2. Bogotá: DANE; 2016).
- (7) Gallo Ó, Hawkins D, Luna-García JE, Torres-Tovar M. Palm oil production in colombia: Decent and healthy work? Rev. Ciencias la Salud. 2020; 18: 1–23.
- (8) Hernández-Bello A, Flórez-Flórez J, Suárez-Morales Z. Salud, trabajo y capital: el caso de las mujeres trabajadoras de la agroindustria de flores de Madrid, Colombia, 2019-2020. Rev. Gerenc. y Políticas Salud. 2022; 21:1–20.
- (9) Varona ME et al. Determinantes sociales de la intoxicación por plaguicidas entre cultivadores de arroz en Colombia. Rev. Salud Publica. 2016;18:617–629.
- (10) Castillo Cubillos M, Castaño A. Lo dulce y amargo del azúcar: el caso de las condiciones laborales de los trabajadores de caña de azúcar de Valle del Cauca (Colombia). Boletín Antropol. Univ. Antioquia. 2021;36:118–135.
- (11) Colômbia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional Agropecuaria ENA-2016. Boletín técnico comunicación informativa [internet]. Bogotá: DANE; 2016 [accesado em 2025 ago 5]. Disponible em: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/agropecuario/encuesta-nacional-agropecuaria-ena>
- (12) Osorio-Quintero L et al. Condiciones de trabajo y de seguridad social en asociaciones de pequeños y medianos agricultores campesinos con prácticas de economía solidaria en tres municipios del oriente antioqueño, Colombia, 20151. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019; 37:36–48.
- (13) Goyeneche R, Jiménez Y. Dos miradas sobre el riesgo laboral: cultivadores de papa del Municipio de Toca, Boyacá. Rev. Ciencias la Salud. 2015;13:259–270.
- (14) Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde em Debate. 2017;41:264–275.

COVID-19: A RESPOSTA GOVERNAMENTAL DO MUNICÍPIO DE MACAÉ

Moema Monteiro Batista¹

Luciana Dias de Lima

Vera Lúcia Luzia

INTRODUÇÃO

As estratégias de combate à pandemia da COVID-19 foram o foco de debates em saúde a partir de 2020. No Brasil as diferentes respostas avolumaram a partir de março de 2020, período inicial de nossa pesquisa no Norte Fluminense, no município de Macaé, cidade-polo regional junto a Campos dos Goytacazes. Ambos atraem pessoas pelos postos de trabalho e oferta de serviços importantes para o estado do Rio de Janeiro e demais estados de fronteira; além de ser ponto estratégico para negócios advindos da indústria petrolífera nacional e internacional. Devido esse grande fluxo de pessoas e o aquecimento das atividades econômicas, Macaé se tornou vulnerável em sua urbanização, na proteção de seu meio ambiente, em seu sistema de saúde e no constante combate às iniquidades sociais, ao mesmo tempo que mantém uma agenda econômica ativa nacionalmente e internacionalmente.

OBJETIVO

Após a leitura dos documentos, foi realizada a seleção de normativas que continham palavras-chaves como: situação emergencial, COVID-19, coronavírus e pandemia e excluídos os demais sem relação com a pandemia ou que fossem comunicados orçamentários, convocação e exoneração do corpo de servidores.

As medidas foram categorizadas nas variáveis: Coordenação, Informação/Comunicação e Distanciamento Social. Eleitas de acordo com a metodologia utilizada pelo estudo fonte (1). As medidas de coordenação foram definidas como as decisões multissetoriais do governo municipal que participaram na gestão da emergência. No campo de informação/comunicação foram coletadas medidas que garantiam o direito à informação e à comunicação enunciadas pela prefeitura às populações expostas ao COVID-19. Englobou o intercâmbio de informação para tomada de decisão e gestão de emergência, desenvolver ferramentas contra desinformação e informações falsas sobre a pandemia. O campo distanciamento social, que reduzia o contato entre as pessoas, desacelerando a transmissão, evitando o aumento da morbimortalidade e ao mesmo tempo evitando a pressão no sistema de saúde do país. As medidas de distanciamento social foram classificadas de acordo com o estudo fonte (2). Compreendiam em medidas para atividades do setor econômico primário, secundário e terciário; setor público municipal; das empresas de luz, água, internet e outros; também foram monitorado o setor de ensino e de mobilidade urbana.

1 Universidade Federal Fluminense. moema.monteiro@gmail.com

RESULTADOS E DISCUSSÕES

133 documentos oficiais foram analisados, 69,9% eram decretos e 77,4% foram assinados pelo gabinete do prefeito e o período de maior frequência foi entre 07/20 e 09/20. A variável mais abordada foi informação/comunicação. A coordenação criou uma cooperação inter-hospitalar que envolviam hospitais particulares e públicos. Os atendimentos eletivos foram suspensos. A cobrança de IPTU foi suspensa para pessoas físicas e jurídicas e houve pagamento do Auxílio Emergencial Pecuniário para os estudantes da rede pública e profissionais formais e informais do comércio. Também houve auxílio natalidade, auxílio funeral, fornecimento de urna mortuária, flores, preparação do corpo e velório; auxílio passagem, aluguel solidário e auxílio alimentação. Em 07/2020, a prefeitura instituiu o plano de Retomada e em 08/20, abertura gradativa do comércio. Foram proibidos comícios, carreatas e aglomerações durante as eleições municipais, mas aumentaram casos/mortes. A medida de informação/comunicação mais importante foi a criação da Imprensa Oficial em 05/2020, responsável pelo Diário Oficial. A situação epidemiológica foi divulgada nos primeiros 3 meses por frequência de casos e mortes. A classificação de risco por cores foi adotada no plano de retomada em julho. Os setores mais restritos no distanciamento social foram de educação, esporte e cultura, que se mantiveram fechados. A maior flexibilização foi no comércio, implantando controle do número de pessoas e uso de máscaras obrigatório. A reabertura, em 08/20, provocou o aumento nos casos e o segundo maior número de mortes do período analisado. Em 12/20, não foram permitidas atividades de aglomeração. Houve o crescimento de casos (02/2021) e mortes (03/2021) do período, mas as restrições mais severas só foram aplicadas ao final de 03/21.

CONCLUSÕES

Esse estudo mostrou que a maior concentração na decisão foi do chefe executivo, o prefeito. A primeira onda teve um aumento de publicações nos três primeiros meses, atrasando o pico de mortes para julho de 2020, no entanto, Macaé acompanhou a decisão nacional de reabertura do comércio em agosto de 2020. Essa decisão foi revertida apenas em março de 2021, quando houve o esgotamento de leitos e alto número de mortes da segunda onda.

REFERÊNCIAS

- (1)Fundação Oswaldo Cruz. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil análise dos decretos estaduais no primeiro mês [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 [acesso em 18 de junho de 2021]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41452>
- (2)Moraes RF. Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil. Nota Técnica / IPEA Dinte. 2020;(16):50.

COVID-19: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO CAPITALISMO ATRELADO À PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO PERÍODO PANDÊMICO

Daniel Denner Pires¹

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 mostrou ao mundo vulnerabilidades antigas dos sistemas de saúde, tanto público quanto privado. No Brasil, o já sobrecarregado Sistema Único de Saúde (SUS) presenciou - diante da alta demanda por leitos, insumos, recursos e profissionais - suas deficiências aumentarem. Paralelamente a isso, o setor privado, mesmo com mais recursos, também padeceu frente às dificuldades da época (1). Custos elevados, falta de materiais e o esgotamento de equipes de saúde marcaram essa conjuntura (2). Com isso, mais do que nunca, a desigualdade social ficou ainda mais escancarada: as populações mais vulneráveis foram as mais atingidas pela falta de estrutura e políticas públicas eficazes (3). Além disso, é imperativo destacar a exaustão dos profissionais de saúde, a falta de investimento e o desacordo entre setor público e privado, o qual compromete uma resposta mais eficaz à crise sanitária instalada. Portanto, é necessário refletir até onde um sistema movido pelo lucro é capaz de garantir o direito à saúde da sociedade em momentos de crise.

OBJETIVO

Esta produção tem o objetivo de discutir os impactos da pandemia na precarização dos serviços de saúde no Brasil, trazendo uma análise sobre como o modelo econômico agrava as desigualdades no acesso ao sistema de saúde. Além disso, buscar-se-á, também, pensar caminhos que fortaleçam a assistência médica, principalmente em tempos de crise.

METODOLOGIA

Foi utilizado o método de pesquisa descritiva, com uma abordagem qualitativa, utilizando artigos científicos, dados estatísticos e publicações oficiais de órgãos de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS). O estudo utilizou o método hipotético-dedutivo para guiar a análise crítica acerca da precarização dos serviços de saúde, considerando fatores sociais e econômicos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período Pandêmico o mundo presenciou um verdadeiro teste de resistência ao SUS e à rede privada de saúde, o qual evidenciou-se a superlotação dos Hospitais, público e privado, escassez de leito de UTI, falta de insumos hospitalares e - concomitante a isso - profissionais esgotados submetidos a condições precárias e sob intensa pressão. Escancarando, dessa forma, a precarização, as falhas

1 Universidade Federal do Pará. dennerdaniel62@gmail.com

estruturais e as desigualdades no acesso aos serviços dos sistemas de saúde pública do País. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2020 e 2021, pelo menos 4.500 profissionais de saúde perderam a vida em decorrência da COVID-19, o qual, dois terços desses profissionais, não possuíam carteira assinada (4). Na rede privada, os impactos também foram significativos. O aumento da demanda por leitos e serviços médicos tiveram aumento nos custos operacionais, tornando os tratamentos inacessíveis para uma parcela significativa da sociedade. Além disso, devido ao desgaste, esgotamento físico e mental dos profissionais, a qualidade do serviço ficou comprometida.

A desigualdade social também teve reflexo na saúde, tendo a população mais carente da sociedade afetada. A falta de coordenação entre setor público e privado dificultou uma resposta mais eficiente à crise instalada, o qual reforça a necessidade de políticas públicas mais efetivas. Com isso, é notória a fragilidade dos sistemas de saúde no país, ressaltando a importância de investimentos e reformas para garantir um atendimento digno e acessível a todos (5).

CONCLUSÕES

A pandemia da COVID-19 escancarou a fragilidade e a precarização dos Sistemas de Saúde Pública e Privada, evidenciando falhas estruturais, falta de investimentos e a desigualdade no acesso aos serviços. A saúde não pode ser tratada como mercadoria, haja vista que é um direito fundamental do cidadão (6). Dessa forma, é necessário investimentos contínuos, valorização dos profissionais da área da saúde e políticas públicas sólidas, para garantir um sistema de saúde mais acessível a todos, capaz de suportar futuras crises sanitárias com maior eficácia.

REFERÊNCIAS

- (1) Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Covid-19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil [Internet]. Portal Fiocruz, 16 mar. 2021 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-da-historia-do-brasil>.
- (2) Covid-19 causa aumento de até 5,275% nos custos dos planos de saúde [Internet]. Medicina S/A, 11 jun. 2021 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/custo-covid/>
- (3) Silveira GSP, Souza DA. Desigualdades sociais e espacialidades da Covid-19 em regiões metropolitanas [Internet]. Caderno CRH, 2022 [citado em 20 de julho de 2025];35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/8KZPyqRMyGKbzNMCPwWVXyJ/>
- (4) Mais de 4.500 profissionais de saúde morreram por Covid-19 no Brasil. Galileu. 18 out. 2022 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2022/10/mais-de-4500-profissionais-de-saude-morreram-por-covid-19-no-brasil.html>.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/novo-relatorio-da-oms-revela-que-governos-estao-despriorizando-gastos-com-saude/>
- (6) Dallari SG. O direito à saúde. Revista de Saúde Pública, 1988 [citado em 20 de julho de 2025];22(1):57-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/?lang=pt>.

DESAFIOS E IMPLICAÇÕES DA ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Carolaine de Souza Batista¹

Viviani Silva Nascimento

Chalana Duarte Sena Fraga

Silvana Nunes Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental, e seu pleno exercício depende do Estado (1). Deve-se considerar o indivíduo em seus aspectos físico, mental e psicossocial. A OMS define saúde mental como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar suas capacidades, lidar com o estresse e contribuir com a comunidade.

Em 2019, um bilhão de pessoas tinham transtornos mentais, sendo ansiedade e depressão os mais comuns. Com a pandemia, os casos aumentaram 26% e 28%, respectivamente. O Brasil lidera em ansiedade, com 18 milhões de afetados (2). A PNAB (2006) estabeleceu a ESF como modelo prioritário de atenção primária no SUS, promovendo prevenção e cuidado em saúde mental. A ESF é a porta de entrada do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e reforça o acolhimento comunitário, alinhada à reforma psiquiátrica (3).

A enfermeira tem papel essencial no suporte a pacientes e familiares. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) identifica riscos, orienta a ESF e promove ações educativas.

OBJETIVO

Assim, o objetivo do presente estudo foi descrever os desafios e implicações da atuação de ACS na saúde mental na atenção primária à saúde. Tal necessidade foi observada durante o componente curricular obrigatório “Estágio Curricular Supervisionado I” do curso de enfermagem de uma universidade pública.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que analisa e sintetiza publicações de forma sistematizada para aprofundamento teórico e suporte à tomada de decisões. O estudo seguiu as etapas de definição do objetivo, busca na literatura, categorização, avaliação, interpretação e apresentação dos resultados. A questão de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão foram definidos pela Estratégia PCC: População (agentes comunitários de saúde), Conceito (desafios dos agentes comunitários de

¹ Graduada em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Campus VII, Senhor do Bonfim - BA.
E-mail: carolainesouzaz18@gmail.com

saúde na atenção às pessoas com alteração na saúde mental) e Contexto (atenção primária à saúde ou no atendimento domiciliar) (4).

Foram incluídos estudos sobre dificuldades dos ACS na saúde mental, publicados nos últimos 20 anos, em inglês, português e espanhol, disponíveis na íntegra. Foram excluídos artigos incompletos e estudos sem resultados. A busca utilizou descritores MeSH combinados com o operador booleano AND nas bases SciELO, LILACS e MEDLINE/PubMed. A seleção seguiu o método PRISMA-ScR para garantir rigor metodológico. Por ser uma revisão, não exigiu aprovação ética.

RESULTADOS

A análise dos registros seguiu o método PRISMA-ScR, resultando em 41 estudos, dos quais 6 foram incluídos. Todos os estudos foram realizados no Brasil, majoritariamente na região Sul, e abordaram a atuação dos ACS na saúde mental. Os ACS são fundamentais na mediação entre a comunidade e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs), facilitando o acesso da população vulnerável aos serviços de saúde.

A atuação desses profissionais exige o reconhecimento das condições de morbididade da população, pois eles lidam diretamente com o sofrimento mental, desempenhando um papel crucial na identificação e acompanhamento de transtornos mentais. Embora os ACS existam em outros países, sua atuação no Brasil é mais abrangente, envolvendo cuidado, vigilância, educação e mobilização social.

Os estudos analisados revelam que os ACS aprendem a lidar com transtornos mentais na prática, sem capacitação formal, o que pode comprometer sua atuação (5). A educação permanente é essencial, sendo o matriciamento uma estratégia eficaz para capacitação e qualificação da assistência. A enfermeira supervisora tem papel central nesse processo, promovendo a qualificação dos ACS para lidar com transtornos mentais. Além disso, os ACS percebem a ausência de profissionais especializados e o impacto da resistência familiar e do estigma social sobre os cuidados em saúde mental, dificultando a assistência adequada na APS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os desafios na atuação dos ACS incluem a falta de conhecimento técnico sobre transtornos mentais, dificuldade de acesso a treinamentos, ausência de estratégias para acompanhamento e escassez de profissionais qualificados nas ESFs. O ACS é essencial no cuidado e prevenção em saúde mental, sendo um elo fundamental para identificar e assistir pacientes na comunidade.

A falta de preparo afeta a identificação precoce, o manejo adequado dos casos e o preenchimento de indicadores de saúde, evidenciando a necessidade de maior apoio e supervisão para fortalecer suas competências. Além disso, a incipiência de estudos sobre a atuação dos ACS em saúde mental limita a criação de diretrizes eficazes.

A educação permanente surge como estratégia essencial para capacitação contínua, permitindo que os ACS aprimorem suas práticas. A enfermeira supervisora tem um papel fundamental nesse processo, promovendo a integração de saberes e fortalecendo a equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- (1) 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 e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- (2) World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.
- (3) Camatta MW, Tocantins FR, Schineider JF. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery. 2016;20(2):281-88. Doi: 10.5935/1414-8145.20160038.
- (4) Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editores. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2024. Doi: 10.46658/JBIMES-24-01.
- (5) Cabral TMN, Albuquerque PC. Saúde mental sob a ótica de agentes comunitários de saúde. Saúde debate. 2015;39(104):159-71. Doi: 10.1590/0103-110420151040415.

DO ADOECIMENTO À AÇÃO COLETIVA: REFLEXÕES SOBRE GÊNERO, TRABALHO E SAÚDE

Alice Vitória do Nascimento Machado dos Santos¹

Anna Clara Conceição Linhares

Debora Marcele Borges Diniz

Debora Lopes de Oliveira

Larissa Gonçalves Gomes

Marina Campinha dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa de Educação Tutorial (PET) Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) tem como objeto de pesquisa discussões acerca do Mundo do Trabalho e os impactos na saúde dos trabalhadores. Um dos pilares que fundamenta as ações do grupo é o ensino, a fim de articular o tema central da pesquisa com outras pautas relevantes, promovendo o diálogo com a comunidade estudantil do curso de Serviço Social. Nesse sentido, realizamos uma roda de conversa em parceria com integrantes do Movimento Unido dos Camelôs (MUCA) e do SEPE/RJ (Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro) com o tema: “Trabalho, saúde e movimentos sociais” buscando refletir sobre o trabalho e as condições de vida das trabalhadoras. Buscamos responder às perguntas: Qual é o cenário da saúde das trabalhadoras do Rio de Janeiro? Quais as relações com os desdobramentos da conjuntura? A precarização das condições de trabalho, fruto do avanço do neoliberalismo nos últimos trinta anos, provocou o aniquilamento das forças produtivas, promovendo desemprego em massa e ceifando a relação entre humano e natureza (1). Porém, mesmo com os inúmeros retrocessos, faz-se cada vez mais necessária a mão de obra dos trabalhadores para o funcionamento da lógica produtiva. É dessa contradição que, como veremos, surgem às mazelas que afligem o trabalhador e, com ainda mais força, a trabalhadora.

OBJETIVO

Promover debates acerca da saúde do trabalhador através da visão de trabalhadoras e representantes de movimentos sociais da cidade do Rio de Janeiro. Socializar informações sobre as condições de trabalho vivenciadas pelas trabalhadoras informais (camelôs) e por profissionais da educação. Incentivar o encontro da universidade pública com os movimentos sociais. Impulsionar as temáticas relacionadas ao Mundo do Trabalho, saúde do trabalhador e gênero dentro do escopo de atuação do Serviço Social.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: alicevitorianms@gmail.com

METODOLOGIA

A metodologia adotada foi a realização de uma roda de conversa, com o objetivo de discutir e refletir sobre as relações entre trabalho, saúde, movimentos sociais e gênero. A atividade foi mediada pela tutora do PET e Professora Débora Oliveira e contou com a participação de uma professora de História da rede estadual de ensino do Rio de Janeiro e integrante do Sindicato Estadual dos profissionais da Educação do Rio de Janeiro (SEPE), e três trabalhadoras camelôs integrantes do Movimento Unido dos Camelôs (MUCA), além de estudantes de graduação em Serviço Social. A proposta permitiu ampliar a compreensão crítica sobre as condições de trabalho e seus impactos na saúde, destacando a importância da organização coletiva frente à defesa intransigente de seus direitos, constantemente ameaçados por disputas no campo político e social.

RESULTADOS

Os relatos orbitaram ao redor da temática da saúde do trabalhador, com a professora da rede pública relatando os desafios encarados no âmbito do cotidiano escolar, sendo eles: a desvalorização do trabalho, baixo salário e atrasos, alta carga horária, defasagem de conteúdos, momentos de conflitos com e na comunidade, falta de materiais para trabalhar e outros ataques visando a retirada de direitos conquistados, o que leva ao adoecimento mental de muitos professores. Segundo a integrante do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (SEPE) o cenário que lidam hoje é de professores(as) se afastando da sala de aula com laudos de psiquiatria. O relato das trabalhadoras camelôs também demonstram um cenário de adoecimento físico e mental. A trabalhadora “A” diz: “Eu comecei a trabalhar por causa do meu filho [...] hoje trabalhando como camelô fico com o psicológico abaladíssimo, [...] na praia o sol queima a pele, [...] a situação de não ter banheiro, não poder beber água e agora estou fazendo tratamento com problema de rins e isso tudo mexe muito e falar sobre a saúde do trabalhador, mas e os direitos da saúde do trabalhador informal?”. No trecho, além da precarização do trabalho, se nota uma invisibilização dos trabalhadores informais no debate do trabalho.

O debate ocorreu com a participação de alunos da graduação e das trabalhadoras, e os temas abordados foram: a questão de gênero e raça, a tripla jornada de trabalho, superexploração do trabalho, o avanço do neoliberalismo, os retrocessos no âmbito das leis trabalhistas, a falta de proteção social e dignidade dessas trabalhadoras, etc. Esses relatos ressaltam a reflexão de que a emancipação da classe trabalhadora não será concedida, mas conquistada por meio da organização e da ação coletiva (2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os relatos da roda de conversa ressaltaram o papel repressor do Estado junto a classe trabalhadora, que num contexto de crise do capital e do avanço do neoliberalismo atua pela retirada de direitos conquistados. Além disto, esta mesma crise incide sobre as relações de trabalho, com a flexibilização destas, o crescimento da informalidade e de trabalhos precários sem nenhuma garantia de direitos. Tais mudanças impactam especialmente na saúde da trabalhadora, que lida com a superexploração do

trabalho, com longas jornadas, baixos salários, condições precárias e a dupla/tripla jornada de trabalho que subordina as trabalhadoras ao capital e a acumulação capitalista, expondo-as a condições de maior vulnerabilidade em relação aos homens. As consequências dessa opressão cruzada de classe, raça e gênero levam a necessidade de criação de laços de solidariedade entre as mulheres para a ação coletiva, visando a proteção de suas vidas, saúde e sua integridade física e mental.

REFERÊNCIAS

- (1) Antunes R. A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho. Buenos Aires: CLACSO; 2000.
- (2) Marx K, Engels F. Manifesto do Partido Comunista. São Paulo: Boitempo; 2010.

DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO BRASIL (2007-2023)

Maria Eduarda Pereira Dias¹

Camila Carvalho de Sousa

Tarciso de Figueiredo Palma

Giulia Santos Santana

Luma Onã da Silva Andrade

Victória da Silva Almeida

Tatiane Araújo dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) são um desafio global para a saúde pública, afetando o bem-estar dos(as) trabalhadores(as) e a qualidade dos serviços prestados. A exposição a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais no ambiente laboral pode ocasionar acidentes de trabalho e o desenvolvimento de transtornos mentais, doenças osteomusculares e respiratórias (1).

No Brasil, a notificação compulsória das DART no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) fortalece a vigilância epidemiológica, subsidia ações preventivas e a criação de políticas públicas. Em 2023, o Ministério da Saúde revisou a lista das DART, incluindo novas patologias, como a COVID-19 que teve um crescimento exponencial e impactou de forma significativa os(as) trabalhadores(as) da saúde durante a pandemia (2).

As notificações podem orientar as estratégias que integrem prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação, possibilitando melhores condições de trabalho e a proteção da saúde das(os) trabalhadoras(es) (2). A formulação de políticas eficazes no combate às DART deve considerar a valorização dos(as) trabalhadores(as) da saúde, promovendo ambientes laborais mais seguros, saudáveis e sustentáveis, com foco na dignidade e na proteção do trabalho humano.

OBJETIVO

Descrever as doenças e agravos relacionadas ao trabalho registradas no SINAN, no período de 2007 a 2023, analisando as principais características sociodemográficas e do trabalho das pessoas afetadas; e estimar a prevalência de DART por área geográfica do país (regiões e unidade federativa) e por períodos do tempo (análise de tendência temporal).

1

E-mail: dias.mep@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, considerando a distribuição e tendência temporal das DART, entre 2007 e 2023. Os casos de DART foram provenientes do SINAN, considerando os(as) trabalhadores(as) da saúde, a partir da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Foram identificadas 478 ocupações/especialidades vinculadas ao setor saúde, organizadas em 13 categorias. As variáveis selecionadas para este estudo compreenderam dados espaciais, sócio-ocupacionais e de saúde.

Foi avaliada a tendência temporal, as frequências relativas e as prevalências para cada ano. Foram calculadas suas variações percentuais proporcionais (VPP), total e por subperíodos. As prevalências foram calculadas a partir do número de trabalhadores(as) da saúde, estratificados por região e unidade da federação e por categoria profissional, disponibilizadas pelo CNES. Os dados foram tabulados e analisados através de planilha eletrônica e acessados em junho de 2024.

RESULTADOS

No Brasil, entre 2007-2023, ocorreram registros de 848.971 casos de DART, dentre estes: Acidentes de Trabalho com Material Biológico (n=654.348), Acidentes de Trabalho (n=97.725), COVID-19 relacionada ao Trabalho (n=64.075), Intoxicação Exógena (n=23.526), Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (n=5.793), Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (n=3.504).

As prevalências de DART (/1.000 trab. da Saúde), apresentaram tendência crescente, passando de 6,3/1.000 em 2007, para 16,0/1.000 em 2023. Tendo destaque, em 2023: no Norte, Roraima (22,5/1.000); no Nordeste, Rio Grande do Norte (16,8/1.000); no Sudeste, São Paulo (18,4/1.000); no Sul, Rio Grande do Sul (26,9/1.000); e, no Centro-Oeste, Goiás (19,4/1.000).

A tendência crescente se repete ao se observar os casos absolutos, em todo o período, no Brasil (VPP=+590,0%) e por regiões: Nordeste (VPP=+1.941,1%); Centro-Oeste (VPP=+1.837,9%); Norte (VPP=+1.413,0%); Sul (VPP=+1.097,2%); Sudeste (VPP=+299,7%). Avaliações sobre os registros precisam levar em consideração a modernização e engajamento profissional das regiões no processo de notificação, para além do próprio aumento dos casos de DART.

Prevalceram as mulheres com 81,5%. Entre todos, 34,3% tinham entre 30 e 39 anos; 59,5% eram brancos; e, 55,6% possuíam ensino médio. Em números absolutos, auxiliares e técnicas(os) de Enfermagem prevalecem (59,5%), seguidos de Enfermeiras(os) (11,9%) e Médicas(os) (9,8%). Ao se observar as prevalências, permanecem as mesmas categorias profissionais nos dois primeiros lugares (683,0/1.000 auxiliares/técnicas(os) e 408,1/1.000 enfermeiras(os)). Em terceiro, os(as) agentes de Saúde Pública (229,9/1.000).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados analisados demonstram uma tendência crescente das DART, destacando a necessidade de aprimorar políticas de prevenção, capacitação e suporte aos(as) trabalhadores(as) da saúde. O aumento expressivo das notificações pode refletir tanto a ampliação da vigilância epidemiológica quanto a intensificação dos riscos ocupacionais.

As disparidades regionais podem indicar a influência de fatores estruturais e socioeconômicos na incidência dos agravos, reforçando a importância de estratégias personalizadas para cada contexto. A predominância de mulheres e de profissionais de enfermagem entre os casos evidencia a vulnerabilidade dessas categorias, possivelmente em decorrência da expressiva representatividade feminina na linha de frente do cuidado. Medidas de prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação devem ser fortalecidas para reduzir os impactos das DART na saúde dos(as) trabalhadores(as) e na sustentabilidade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. v. 1.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023 [internet]. Estabelece a lista de doenças e agravos de notificação compulsória. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116>

EMERGENTES DA LÓGICA DE MERCADO EM UMA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES A PARTIR DE OBSERVAÇÕES EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCO)

Elias Mendes Nunes¹

Aline Almeida Martins

Nayara Portilho Lima

Mariana Fagundes de Almeida Rivera

Tatiana Alves Romão

Clarice Pimentel Paulon

Mauricio Lourenção Garcia

Ianni Regia Scarcelli

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Decorrente de uma Iniciação Científica realizada em um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), as observações em campo foram objeto de discussão e reflexão no Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO), que se dedica à compreensão das lacunas entre as políticas públicas e as práticas realizadas, bem como de seus efeitos na vida das pessoas.

Parte-se de uma compreensão crítica das políticas públicas como formas de implementação de projetos de governo em diferentes setores por meio do Estado (1). Este é concebido como um campo de forças contraditórias, onde se legitimam desigualdades históricas, mas que pode ser tensionado por ações coletivas voltadas à ampliação de direitos e à construção de outras formas de viver (2).

Essa perspectiva possibilita uma análise crítica das dificuldades encontradas nos serviços de saúde, ao se distanciar de compreensões restritas, dirigidas apenas aos trabalhadores e gestões, situando-as nas direções que as políticas públicas têm tomado sob a configuração neoliberal do Estado, orientada à expansão e consolidação da lógica de mercado (3).

Nesse sentido, o trabalho propõe apresentar a experiência de campo e refletir sobre as dificuldades na articulação de uma rede de saúde mental, compreendendo-as como expressões das tensões e contradições que atravessam as políticas públicas no contexto de avanço da racionalidade neoliberal.

OBJETIVO

Refletir acerca dos desafios observados no trabalho de articulação de uma rede de cuidado em saúde mental, a partir de um CECCO, inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de São Paulo, e de suas possíveis relações com a racionalidade neoliberal que atravessam as políticas públicas.

¹ Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO), Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: eliasmn@usp.br.

METODOLOGIA

Este trabalho fundamenta-se na Psicologia Social da Práxis (4), referenciada em Pichon-Rivière (5), nas articulações entre grupo operativo e instituição, como proposto por Bleger (6), e nas indagações sobre a dimensão institucional de análise das políticas públicas e das práticas delas decorrentes, realizadas por Scarcelli (1).

As reflexões partem da investigação bibliográfica e documental das políticas públicas, com foco na saúde mental, e da vivência de estágio em um CECCO por um estudante da graduação em Psicologia. Dessa proposta, originou-se um projeto de Iniciação Científica no qual, por meio de observação participante, registrada em um diário de campo, consideram-se os conceitos pichonianos de “emergente” e “porta-voz” (1,5).

Para análise foram consideradas as dimensões psicossocial, sociodinâmica e institucional, propostas por Pichon-Rivière (5). Além disso, considerou-se os âmbitos de análise político-jurídico, teórico-conceitual, técnico-assistencial e sociocultural, conforme Scarcelli (1).

RESULTADOS

No contexto das atividades de articulação entre os serviços da rede, observou-se uma distinção nas dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, associada à forma de gestão dos serviços em que atuavam.

Trabalhadores contratados em serviços geridos por Organização Social de Saúde (OSS) relatavam ter pouca autonomia em suas práticas e sobrecarga de trabalho, em razão da rigidez da gestão e da centralidade nas metas estabelecidas pelos contratos de gestão. Pode-se citar como exemplo recorrente a dificuldade que tinham, diante da gestão e da equipe, de se engajarem em atividades externas não vinculadas diretamente às metas previstas, mesmo quando essas ações correspondiam às demandas de saúde da população atendida.

Já os trabalhadores dos serviços de administração direta apontavam o quadro reduzido de profissionais e a falta de recursos como questões internas que dificultavam sua participação. Esses fatores eram frequentemente citados como causas da sobrecarga e da necessidade de concentrar esforços nas atividades internas. Nesse cenário, tendiam a privilegiar sua participação em articulações consideradas essenciais, como os matriciamentos e as discussões de casos.

O CECCO a partir do qual este estudo foi realizado é de administração direta e enfrenta desafios relacionados ao quadro reduzido de trabalhadores e à falta de recursos. No entanto, um diferencial apontado pela equipe é que as articulações são fortemente privilegiadas, chegando a afirmar que “o CECCO é isso: rede”. Nas reuniões internas, apontavam que as dificuldades em efetivar as articulações se referem mais àquelas dos demais serviços da rede.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As dificuldades observadas podem ser pensadas como “emergentes” (1,5), que revelam a relação entre os entraves às articulações em rede e os modos de organização do trabalho e de gestão dos serviços.

A análise, a partir da metodologia proposta e das diretrizes de saúde, possibilita ultrapassar a descrição dos desafios e suas relações observadas, evidenciando o modo como tais emergentes estão inseridos em lógicas institucionais mais amplas.

A presença das OSS na RAPS tensiona os princípios da Reforma Psiquiátrica (RP) e do SUS ao privilegiar uma lógica de mercado pautada por metas e resultados, em detrimento da lógica da saúde enquanto direito social, o que é agravado com o progressivo sucateamento dos serviços de administração direta, marcados pelas faltas de recursos e contratações.

Tais emergentes são compreendidos como expressões das contradições entre os princípios fundantes da RP e do SUS e a racionalidade neoliberal que historicamente atravessa a consolidação desses projetos.

REFERÊNCIAS

- (1) Scarcelli IR. Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde. 1. ed. São Paulo: Zagodoni; 2017.
- (2) Patto MHS, organizador. A cidadania negada: políticas públicas e formas de viver. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2022.
- (3) Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016.
- (4) Kazi GH. Hacia una psicología social histórica. 1 ed. Buenos Aires: Editora de Las Madres; 2006.
- (5) Pichon-Rivière E. O processo grupal. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- (6) Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.

ENCHENTES E RESILIÊNCIA: COMO IPATINGA ENFRENTOU OS IMPACTOS DO AQUECIMENTO GLOBAL

Josiane Marcia de Castro¹

Elisangela Alves Santana

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento

Walisson Medeiros

Katiane de Araujo Silva Almeida

Peterson Henrique de Araújo

Ana Caroline Marques

INTRODUÇÃO

O aquecimento global, a alteração dos padrões de regulamentação e a intensificação de eventos extremos como enchentes, secas e tempestades alteraram significativamente os cenários climáticos em diversas regiões do Brasil e do mundo (1). As consequências dessas transformações são visíveis na maior frequência e severidade de desastres naturais, que impõem desafios à gestão pública. A vulnerabilidade das cidades a esses eventos exige resposta rápida e eficiente, além de planejamento estratégico para mitigar os impactos de catástrofes futuras (2). Em Ipatinga, a Secretaria Municipal de Saúde teve que se adaptar rapidamente, mobilizando recursos humanos e institucionais para prestar a assistência necessária às vítimas e elaborar um plano de contingência para situações semelhantes, buscando minimizar os danos e salvar vidas. A cidade sofreu um dos piores desastres climáticos de sua história, o que gerou uma resposta coordenada entre diferentes esferas de governo, equipes de emergência e organizações não governamentais para garantir a integridade da população. Isso serve como alerta para a necessidade de ações preventivas e de adaptação a novos cenários climáticos, incluindo a implementação de políticas públicas voltadas para a redução de riscos, o fortalecimento de sistemas de alerta precoce, a educação ambiental e o fomento a práticas sustentáveis de uso do solo (3).

OBJETIVO

Relatar a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga no enfrentamento das enchentes, destacando as ações para garantir a assistência rápida e eficiente à população afetada. Evidenciar a importância da criação e implementação de um Plano de Contingência Municipal de Saúde para Desastres Naturais, instrumento de planejamento e resposta em futuras emergências, fortalecendo o sistema de saúde local e promovendo a integração entre diferentes instituições e setores.

DESENVOLVIMENTO

Em janeiro de 2025, a Região Metropolitana do Vale do Aço, em Minas Gerais, foi duramente

1 Prefeitura Municipal de Ipatinga. E-mail: josianecastro77@yahoo.com.br

impactada por eventos climáticos extremos que causaram enchentes e deslizamentos de terra, afetando gravemente a população e a infraestrutura local. A cidade de Ipatinga foi a mais atingida, com 10 mortes confirmadas até 12 de janeiro, 1.958 pessoas desalojadas e 162 desabrigadas, todas devido a deslizamentos de terra. As chuvas intensas, com 80 mm em apenas uma hora, causaram o transbordamento de córregos, alagamentos e a destruição de vias, o que dificultou a mobilização dos serviços de emergência e sobrecarregou as equipes da Defesa Civil e do Corpo de Bombeiros, que atenderam mais de 100 ocorrências. A resposta imediata da Secretaria de Saúde foi eficaz, com a implementação de um sistema de triagem para atender as vítimas mais afetadas, sobretudo nos três abrigos implantados. Em menos de 24 horas, criou uma comissão com representantes de vários departamentos de saúde para definição das ações a serem adotadas. Os serviços de saúde foram restabelecidos, garantindo atendimento básico e emergencial às vítimas. A colaboração entre as equipes de saúde, psicologia e assistência social foi essencial para oferecer um atendimento integral, cobrindo as necessidades físicas e emocionais da população. Parcerias com universidades e conselhos profissionais possibilitaram o apoio de voluntários nas frentes de atendimento médico, psicológico e social. Em tempo recorde, as ações fundamentais foram inovadoras, e em apenas uma semana, a cidade retomou sua rotina normal. Para conter possíveis surtos de doenças, foram realizados bloqueios sanitários e campanhas de vacinação. Um plano de contingência para desastres naturais foi estruturado, assegurando que o município tenha um protocolo claro para futuras emergências. Além disso, equipes realizaram orientações sobre cuidados com a água potável, como a fervura ou diluição de hipoclorito de sódio, e a higienização de utensílios e superfícies com a mesma solução. Também foram fornecidos esclarecimentos sobre a Leptospirose, com ênfase em prevenção e sintomas. A prevenção de acidentes com animais peçonhentos, como escorpiões, cobras e aranhas, foi abordada, assim como estratégias de resgate e tratamento para animais afetados. As orientações incluíram cuidados com a limpeza e desinfecção de caixas d'água, a higiene das mãos, o uso de calçados adequados durante a limpeza e a vacinação contra tétano. Panfletos e cartas educativas foram distribuídos, alcançando 100% das áreas atingidas, para garantir o acesso contínuo à informação. Os trabalhadores também foram capacitados e prestado suporte emocional, devido a situação de exaustão que se encontravam. Garantido a continuidade de tratamento dos atingidos frente as comorbidades já existentes. A participação de diferentes esferas de governo e instituições reforçou a importância da atuação colaborativa, permitindo uma resposta mais eficaz e equânime ao desastre (3).

RESULTADOS

A experiência demonstrou que uma resposta coordenada e integrada entre as diversas áreas de saúde e outras instituições é fundamental para o sucesso no atendimento à população em emergências. A criação de um Plano de Contingência Municipal de Saúde para Desastres Naturais, baseado nas diretrizes do SUS e do Vigidesastres, é essencial para garantir que os profissionais de saúde saibam como atuar rapidamente em futuros desastres. A revisão constante desse plano, com a realização de simulações e treinamentos periódicos, é fundamental para que a resposta à população seja mais ágil e eficaz. A experiência também evidenciou a importância da articulação interinstitucional e do

fortalecimento da capacidade de resposta das equipes de saúde, destacando a necessidade de uma preparação contínua para eventos de grande impacto, como desastres naturais.

REFERÊNCIAS

- (1) Freitas CM, Carvalho ML, Ximenes EF, Arraes EF, Gomes JO. Vulnerabilidade socioambiental, redução do risco de desastres e construção da resiliência – lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(6):1577-1586.
- (2) Oliver SL, Santana KVS, Ribeiro H. Desastres naturais e saúde: uma revisão sistematizada de literatura. *Hygeia* [Internet]. 2024 [citado 2025 março 12]; 11(esp):1-9. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/73364>.
- (3) Katarine K, Lemes MMDD, Andrade M, de Queiroz SJ. Os Desastres Naturais e seus Impactos a Saúde Pública Brasileira. *EVS*. 2014;41(2):307-313.

ENTRE A EXPANSÃO E A CONTRADIÇÃO: ANÁLISE DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Beatriz Silva Rabello¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Orçamento Público Municipal de Belo Horizonte no período entre 2004 a 2025 tem revelado contradições fundamentais. Nesse sentido, este estudo busca compreender as divergências existentes no financiamento e na oferta de serviços públicos essenciais, principalmente no setor Saúde, e de que forma essa dinâmica tem transformado o papel do Poder Público. Mesmo com a expansão dos serviços de saúde, constatada pelo aumento dos índices de cobertura da AB/APS e da Saúde Bucal, observa-se por outro lado, um crescimento da adesão a planos privados de saúde, tanto médicos quanto odontológicos.

Nessa mesma lógica, verifica-se, também, um comprometimento significativo da Receita com a amortização da dívida municipal que consome valores que poderiam ser direcionados à ampliação e qualificação de serviços públicos. Esta dinâmica econômica ganha destaque à luz dos Decretos Municipais 14.270/11 e 17.689/21 que, através de contratos privados e subsídios, instaurou um Sistema Suplementar para seus próprios servidores (1,2). Esse cenário se soma com a crescente transferência de responsabilidades para OSCs e PPPs, demonstrando uma tendência de esvaziamento do papel do Município enquanto provedor direto desses serviços.

OBJETIVO

O estudo tem o objetivo analisar as contradições presentes na coexistência entre a alta cobertura do SUS e o crescimento dos planos privados de saúde, incluindo a assistência suplementar dos servidores municipais. Avaliando tanto o impacto da amortização da dívida pública no orçamento quanto a tendência de terceirização via OSC e PPP, buscando entender de que forma esses fatores comprometem a capacidade do poder público de atuar como provedor direto de serviços essenciais à população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, longitudinal e descritivo, onde realizou-se a análise do Orçamento Programa e da LOA do Município de Belo Horizonte entre os anos 2004 e 2025, com extração dos dados referentes à Receita Total; Distribuição das Despesas para a Função Saúde; Amortização da Dívida; Plano de Saúde ao Servidor e Assistência Individual ao Servidor. Coletou-se,

1 Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: beatrizrabello@ufmg.br

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

também, dados da Agência Nacional de Saúde sobre número de beneficiários das Operadoras Médicas e Odontológicas e as respectivas taxas de cobertura; Relatórios do e-Gestor APS para cobertura da AB/APS e Saúde Bucal no período de 2007 a 2025; e números referentes à porcentagem do orçamento destinado a OSCs e PPPs, através do Portal de Dados Abertos da PBH. Todos os valores foram ajustados à inflação.

Dessa forma, realizou-se uma análise comparativa entre o crescimento dos serviços públicos e privados de saúde, com enfoque na contradição entre a expansão da cobertura via SUS e o crescimento simultâneo de beneficiários de planos privados, incluindo a existência de um sistema suplementar aos servidores. A última investigação se deu na avaliação dos recursos destinados às PPPs e OSCs, como tendência de terceirização da provisão de serviços, e o impacto da amortização da dívida no orçamento, de forma a estimar o montante de recursos que poderiam ser direcionados a políticas públicas essenciais.

RESULTADOS

Os recursos destinados à saúde passaram de R\$2,51 bilhões em 2004 para R\$7,46 bilhões em 2025 (valores ajustados) (3). Da mesma forma, a cobertura da Atenção Básica/Primária se manteve em níveis elevados (90-100% entre 2011-2025) e a saúde bucal no SUS obteve uma grande expansão (de 55,92% em 2007 para 98,26% em 2023) (4). Porém, observou-se ao mesmo tempo, um crescimento na adesão a planos privados de saúde. Os planos médicos mantiveram uma alta consistente (entre 40-57%), e os planos odontológicos apresentaram aumento de 3,7% em 2004 para 28,6% em 2025 (5).

Os gastos públicos com os subsídios para as operadoras de saúde privadas chegaram a representar 4% do orçamento da saúde em 2015 e 3% em 2012-2014 e 2016, com o município destinando R\$223,5 milhões em 2015 e R\$193,6 milhões em 2016 para essa finalidade (3).

Ao mesmo tempo, a amortização da dívida municipal consumiu entre 1,34% e 5,80% do orçamento total no período analisado. Em 2013, esse percentual atingiu seu pico (5,80%), representando R\$1,11 bilhão em valores corrigidos. Nos últimos dois anos, os valores se mantiveram significativos: R\$975,7 milhões em 2024 (4,84% do orçamento) e R\$328,1 milhões em 2025 (1,45%) (3). Os dados também mostram um aumento na proporção do orçamento destinado a parcerias com OSCs e PPPs, partindo de 4,62% em 2013 para 9,28% em 2022, com valores intermediários de 7,5% em 2020 e 7,77% em 2023 (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir da análise dos dados orçamentários de Belo Horizonte (2004-2025), foram observadas contradições importantes no sistema de saúde municipal. Apesar do expressivo crescimento dos recursos destinados à saúde, e do aumento da cobertura assistencial pública, houve constância no aumento das taxas de cobertura de planos privados. Isso nos sugere que a ampliação quantitativa do financiamento não se traduziu em uso exclusivo do sistema público. A criação de Decretos instituindo um Sistema Suplementar para os servidores e a ampliação de recursos destinados à PPPs configuram

um paradoxo onde coexistem a universalização formal dos serviços públicos, o comprometimento do orçamento com a amortização da dívida, uma terceirização crescente e subsídios à planos privados para os servidores do Município.

REFERÊNCIAS

- (1) Belo Horizonte. Decreto no 14.270, de 1 de fevereiro de 2011. Institui o Programa de Atenção Especial à saúde do servidor; regulamenta a assistência à saúde aos servidores e empregados públicos ativos, integrantes do quadro de pessoal dos órgãos da administração direta e das entidades autárquicas e fundacionais da administração direta do poder executivo, e aos servidores inativos e pensionistas vinculados ao regime próprio de previdência social do município; e altera o decreto n. 12.263/05. Disponível em: <http://leismunicipa.is/gmlje>.
- (2) Belo Horizonte. Decreto no 17.689 [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2025]. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/6382>.
- (3) Prefeitura de Belo Horizonte [Internet]. Lei Orçamentária Anual - LOA. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/contas-publicas/lei-orcamentaria-anual-loa>.

ESTABELECENDO BREVES REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE ENTRE TRABALHO E SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Elaine Antonio Antunes¹

Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O trabalho configurou-se no sistema capitalista como uma atividade exploratória, que, através do processo de luta de classes (1), captura a consciência individual, alienando o sujeito proletariado e impedindo-o de apropriar-se da sua consciência social e, conseqüentemente, do seu poder de agir e luta pela saúde. Essa dinâmica contribuiu para estigmatizar o trabalho como alheio aos interesses do capital e da gerência verticalizada nas organizações, banalizando seu sentido primordial: uma experiência humana fundamental, constitutiva da espécie, determinante nos processos de saúde e adoecimento, e possuidor de uma função psicológica e um caráter histórico-social (2). Neste sentido, a InterAção Jr., Empresa Júnior de Psicologia da UERJ, em parceria com o Laboratório de Trabalho, Inclusão Social e Sustentabilidade (LaTIS), propõe uma gestão participativa em busca da descentralização das hierarquias e do poder nas organizações, rompendo com moldes rígidos de subjugação trabalhista e potencializando uma organização horizontal. Tal formato de gestão subverte a figura de liderança advinda do poderio político para aquela a ser escolhida a partir de uma demanda contextual, o que beneficia o funcionamento da empresa, implicando em gestões democráticas e proporciona o desenvolvimento de competências dos graduandos, essenciais para a atuação no mercado de trabalho.

OBJETIVO

O objetivo deste projeto é desenvolver profissionalmente os estudantes por meio de um modelo inovador de gestão e ensino, que integra pesquisa e prática da Psicologia Social, Organizacional e do Trabalho. O projeto visa estimular discussões sobre o campo, explorar diferentes organizações e analisar criticamente o papel do psicólogo nesse contexto. Além disso, busca abordar o ser humano nos espaços coletivos e prevenir os impactos da precarização do trabalho na saúde mental.

METODOLOGIA

Diante das contradições do sistema capitalista, no qual a lógica da produtividade frequentemente se sobrepõe ao bem-estar do trabalhador, a InterAção Jr. propõe, através da concepção psicossocial integrada (3), uma atuação comprometida com a promoção da saúde no trabalho. Além disso, a organização adota o pensamento complexo (4) e os processos grupais (5) como pressupostos

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: psi.santoslari@gmail.com

principais, tendo a pesquisa-ação (6) como método principal, priorizando uma abordagem psicossocial e participativa, que enfrenta coletivamente os impactos psicossociais do trabalho precarizado e da pressão por desempenho. A intenção é formar sujeitos críticos diante das exigências do mercado, ao mesmo tempo em que se fortalece o cuidado com a saúde mental no ambiente de trabalho. Ao longo de 2024, a InterAção Jr. realizou uma série de atividades que reafirmam esse compromisso: Ações de consultoria; treinamentos; congresso e cursos de capacitação e extensão organizados pela orientadora Heloisa Ayres; e grupos de estudo, visando a construção de ambientes laborais saudáveis e humanos.

RESULTADOS

Quanto aos resultados, a experiência relatada destaca uma abordagem inovadora na formação em Psicologia, centrada no protagonismo discente e na revisão do conceito de “empresa e trabalho coletivo”, o que envolveu um público de 438 pessoas em 2024. A valorização da coletividade, por meio de serviços à comunidade e discussões em grupo para a tomada de decisões, evidencia o sucesso da gestão participativa e a capacidade de proporcionar uma formação abrangente em conteúdos psicológicos, ao mesmo tempo que se promove a cidadania ativa. Essa concepção fortalece o senso de responsabilidade social e contribui para a construção de um ambiente de aprendizado democrático, onde a autonomia e a reflexividade são incentivadas. Além disso, a experiência permitiu o desenvolvimento de competências técnicas e interpessoais essenciais para a atuação profissional, como organização, planejamento, comunicação, escuta ativa, empatia e trabalho em grupo, sendo fundamentais para o sucesso no mercado de trabalho e para a promoção do bem-estar individual e coletivo. A InterAção Jr., ao incentivar os discentes a desenvolver estratégias para lidar com as nocivas implicações da precarização do trabalho e do capitalismo, se apresenta como um espaço de resistência às lógicas produtivistas, priorizando o cuidado com os sujeitos e a construção de relações de trabalho mais humanas. O modelo organizacional adotado demonstra a eficácia de aliar desenvolvimento técnico a engajamento político e social, formando profissionais comprometidos eticamente e alheios aos objetivos da Agenda 2030 da ONU, que busca promover a educação de qualidade, o trabalho decente, a redução das desigualdades e a construção de sociedades pacíficas e inclusivas, contribuindo para a construção de um futuro mais justo e equitativo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Em conclusão, a experiência da InterAção Jr. reafirma a potência transformadora da Psicologia quando aliada a práticas educativas críticas, inclusivas e socialmente comprometidas. Ao romper com modelos tradicionais e hierárquicos de gestão, a iniciativa promove um espaço formativo que valoriza o protagonismo estudantil, a coletividade e o cuidado com a saúde mental no trabalho. Com base em uma abordagem psicossocial integrada e sustentada por métodos participativos, como a pesquisa-ação, o projeto não apenas desenvolve competências essenciais para o exercício profissional, mas também forma sujeitos críticos e agentes de mudança. Dessa forma, a InterAção Jr. consolida-se como uma alternativa ética e humanizada frente às lógicas adoeedoras do capitalismo, contribuindo ativamente para a construção de ambientes laborais mais saudáveis, democráticos e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

- (1) Marx K. O capital. São Paulo: Cultural; 1983. v. 1.
- (2) Souza W, Athayde M, Santorum K. Psicologia e trabalho: o trabalho da psicologia. In: Souza W, Valentim R, organizadores. Temas e Debates em Psicologia Social e Institucional. Rio de Janeiro: Letra Capital; 2018.
- (3) Ayres HHF. Conselhos de Gestão de Parques: grupos sociais em movimento? Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
- (4) Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3. ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
- (5) Mailhiot GB. Dinâmica e gênese dos grupos. 6. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1985.
- (6) Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 15. ed. São Paulo: Cortez; 2015.

ESTABELECENDO BREVES REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE ENTRE TRABALHO E SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Elaine Antonio Antunes ¹

Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente texto traz um ensaio sobre a estreita vinculação entre processos formativos e seus impactos sobre o trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o contexto do capitalismo dependente no Brasil. Pretende-se expor um pouco sobre os determinantes do capitalismo tardio para a educação da classe trabalhadora, com ênfase nas expressões que incidem sobre o setor saúde. O ponto de partida considera a relevância e a pertinência de um debate mais amplo sobre a Educação Profissional em Saúde (1) e seus desdobramentos na inserção dessa força de trabalho no SUS. As exigências do mercado de trabalho à formação da mão de obra expressa mais desafios ao evocar uma formação balizada pela lógica das competências, a qual emerge como metodologia educativa privilegiada e que impacta diretamente a produção do cuidado no SUS. O privilegiamento de processos formativos mais tecnicistas e reducionistas, nos moldes postos pela educação por competências, resulta numa escalada de precarização da qualificação e aponta aspectos preocupantes para a Educação Profissional no cenário atual. Esse processo, invariavelmente traz implicações negativas, comprometendo o trabalho na saúde. Entende-se que análises dessa natureza fornecem importantes elementos para pensar a construção de processos de trabalho mais efetivos no fortalecimento do SUS.

OBJETIVO

Diante da crescente precarização dos vínculos e processos de trabalho emerge o desafio de analisar os elementos que contribuem de algum modo para que ela ocorra ou se agrave. Deste modo, analisar as implicações de estratégias como a pedagogia das competências para a Educação Profissional no contexto brasileiro destaca-se no delineamento de estratégias capazes de contribuir para enfrentar esse desafio, cujas consequências incidem diretamente sobre o cotidiano de trabalho no SUS.

METODOLOGIA

A metodologia que pauta o estudo encontra-se ancorada na análise crítico-dialética da realidade vivenciada no contexto da qualificação profissional da força de trabalho no Brasil atual. Para tanto, o de aprofundamento escolhido se define como descritivo em relação à realidade observada e segue um delineamento basicamente bibliográfico e documental do assunto na procura de elementos capazes

1 Mestra em Educação Profissional em Saúde (EPSJV/FIOCRUZ)/Prefeitura Municipal de Macaé/RJ. E-mail: antuneselaine@yahoo.com.br

de conectar as práticas formativas privilegiadas na qualificação da força de trabalho que terá como mercado o setor saúde. As variáveis envolvidas neste sentido se referem ao tipo de atenção dado às mudanças operativas inseridas no processo de formação da mão de obra e que impactam diretamente a inserção desse segmento no SUS. A operacionalização das variáveis é realizada de modo a estabelecer as conexões necessárias para compreender a dinâmica da formação balizada por competências e sua relação com a precarização do trabalho no SUS, impactando diretamente a produção do cuidado. Assim, procura-se trazer um breve panorama sobre os impactos da formação para a interface entre trabalho, saúde e as formas de precarização que se espalham e se expressam cada vez mais no SUS.

RESULTADOS

A imersão crítica na análise bibliográfica do assunto, permite identificar uma lógica formativa mecanicista, que suprime a possibilidade do pensamento crítico e emancipador dos sujeitos e expõe a face de uma formação restrita a atender aos determinantes do mercado de trabalho (2).

Este cenário aguça o olhar crítico sobre as dimensões da divisão sociotécnica e internacional do trabalho em sua submissão às exigências da mundialização do capital para fomentar estratégias capazes de mediar as exigências postas à força de trabalho através da precarização a que são submetidos diuturnamente.

Ao responsabilizar o SUS no ordenamento da formação da mão de obra para atuar na política pública de saúde, a Constituição Federal de 1988 (2) não consignou como esse processo seria. Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (3) seguiu a mesma lógica, permitindo o avanço insidioso dos processos de mercantilização da educação sobre a formação de trabalhadores e trabalhadoras com graves consequências para dispor de profissionais formados em consonância com as especificidades do SUS.

Além disso, a lógica gerencialista do Estado, reduz sua atuação para a sociedade em detrimento do mercado, acirrando o desmonte do setor público para atender aos determinantes das agências multilaterais. A maior fragmentação do trabalho, expressa no aumento do trabalho flexível, precarizado e desregulamentado e com intensificação das formas de exploração (4), aplica seus impactos ao setor saúde e às garantias que este deve oferecer à população.

Assim, a expansão da educação por competências, ao mostrar sua face reducionista e fragmentada do trabalho, evidencia sua incompatibilidade com a atuação em saúde e com a promoção do cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Temos um importante desafio, que evoca pensar a formação da força de trabalho para atuar no setor saúde a partir de estratégias e mecanismos capazes de instrumentalizar os processos de trabalho no SUS (5).

A formação mais instrumental e aligeirada traz consequências indeléveis sobre os processos de trabalho em saúde e sobre a própria produção do cuidado. Deste modo, se inscrevem na ordem do

dia, a retomada da valorização de estratégias formativas como a Educação Permanente na qualificação dos trabalhadores em saúde. A retomada da atenção ao tema da formação lançada pelo Ministério da Saúde em 2023 (6), indica um importante passo para que se possa avançar na construção de um SUS que valorize seus quadros e, ao mesmo tempo, viabiliza a melhoria do cuidado. Incorporar o caráter estratégico da Gestão do Trabalho é uma dimensão inexorável para enfrentar as limitações impostas pelas estratégias capitalistas enquanto se garante a melhoria do cuidado em tempos tão desafiadores.

REFERÊNCIAS

- (1) Pereira IB, Ramos MN. Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- (2) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. 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.
- (4) Fontes V. O Brasil e o capital-imperialismo. Rio de Janeiro: UFRJ; 2012.
- (5) Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
- (6) 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.

EXPERIÊNCIA DO ESTUDAR SAÚDE COLETIVA EM UMA UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA: CONTRADIÇÕES, LUTAS E CONSTRUÇÕES

Roque Eduardo Silveira de Mello Filho¹

Cecília Cristina de Oliveira

Dora Carolina Diedrich Saldanha

Gabriela Bocalon Spindola

Thiago Bernardes Nunes

Ozana Kethilen França Fernandes

Francisco Diniz Só de Castro

Clara Tereza Machado Schramm

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva, como campo de atuação no Brasil, aflora desde a década de 70, num contexto de cerceamento de direitos devido a um regime político não democrático. Em contraste, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em sua luta pela redemocratização e saúde para todos, foi capaz de integrar os desintegrados e de agrupar diferentes atores da sociedade civil, produzindo, na Constituição de 1988, o Direito à Saúde (1).

Não obstante o avanço, o texto constitucional continua necessitando de materialização. Apesar das garantias e dos direitos conquistados, a realidade nos mostra um cenário constrangedor de desolação e inequidade em saúde. Por assim ser, faz-se necessário, considerando a sociedade fundamentalmente desigual, o estudo da teoria, dos métodos e práticas oriundos do Movimento de Saúde Coletiva latinoamericano.

No mesmo tempo histórico de lutas, surgem no Brasil as faculdades comunitárias, impulsionando a privatização do ensino superior e tendo como seu DNA, a priorização de uma formação tecnicista, fragmentada e voltada para as demandas imediatas de mão-de-obra do mercado (2). É neste cenário de formação em saúde que a Saúde Coletiva vem para promover a educação histórico-crítica e socialmente engajada, alinhada à economia política e o processo de totalização para a compreensão e transformação do processo saúde-doença (3).

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar experiências vivenciadas por um coletivo de estudantes de graduação durante formação profissional em relação à inserção da Saúde Coletiva nas matrizes curriculares, o modelo de oferta das disciplinas e cenários de ensino-aprendizagem em uma universidade comunitária do sul do Brasil.

1

E-mail: roque.foto@outlook.com

METODOLOGIA

A herança do caráter comunitário adotado pela universidade se materializa em um currículo que, apesar de incluir estágios no Sistema Único de Saúde (SUS), privilegia a modalidade de ensino a distância e reduz as disciplinas de Saúde Coletiva a cargas horárias mínimas, com abordagens teóricas desconectadas da prática. Há ciclos de estágios no SUS e atividades extramurais nos diferentes níveis de complexidade. A depender do curso, entretanto, devido ao predomínio do ensino na modalidade a distância e a baixa carga horária dedicada às disciplinas de Saúde Coletiva, há um prejuízo significativo à formação crítica e ao desenvolvimento ético-político dos estudantes e futuros profissionais de saúde. Tais fragilidades embargam o cuidado humanizado e a resolutividade frente às demandas reais dos indivíduos e populações, além de favorecerem uma compreensão limitada e/ou equivocada da saúde coletiva, muitas vezes associada à benevolência, filantropia ou caridade.

Na última metade de década, o coletivo de estudantes testemunha disciplinas acadêmicas sendo transferidas para o ensino remoto com salas superlotadas e com conteúdos estranhos ao Movimento Latinoamericano de Medicina Social e Saúde Coletiva. Como resultado, há uma limitação para as discussões sociais, políticas e humanas, privilegiando as disciplinas conteudistas e biologicistas, que ocupam maior parte da carga horária, o que acaba corrompendo a compreensão do processo saúde-doença e a possibilidade de transformação do real.

Em busca de preencher este vazio na formação que o coletivo de estudantes de uma universidade comunitária mobilizou e tem mobilizado docentes e discentes em prol da valorização do Sistema Único de Saúde e da defesa de um modelo de atenção em saúde baseado no cuidado integral. Exemplos dessas iniciativas são a Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LASAC) e a I Jornada de Saúde Coletiva (I JSC), um evento científico gratuito, aberto à participação de toda a comunidade acadêmica e externa, no qual promove debates críticos, difunde conhecimento e fortalece o compromisso com a saúde como direito universal e com a formação ética e socialmente engajada.

Em 2025, o coletivo de estudantes e docentes está se preparando para a II Jornada de Saúde Coletiva, no anseio de uma expressão concreta do desejo de mudança e da construção de uma formação comprometida com o território, a coletividade e a transformação social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência relatada revela que a formação em saúde, quando capturada por uma lógica tecnicista e mercantil, acaba por afastar estudantes do compromisso social, ético, e político, princípios fundamentais para a vida e para atuação no mundo do trabalho. A marginalização da Saúde Coletiva nas matrizes curriculares não é apenas um reflexo de prioridades institucionais, mas parte de um projeto maior de despolitização da formação e de conformação a um modelo de saúde como mercadoria, ignorando as determinações sociais do processo saúde-doença.

Mas o movimento da saúde coletiva é historicamente marcado pela luta. Se nada foi conquistado, senão pela luta, é na luta coletiva o caminho para expor as contradições e problemáticas de uma formação nessa lógica, conquistando e ocupando espaços e, a partir de uma formação profissional pautada na saúde coletiva, a sociedade junto se transforma, a fim de alcançar o sonhado por Marco Aurélio da Ros e tantos nomes e movimentos que pavimentaram o caminho para que hoje corrêsemos em solo firme a maratona de uma vida toda de luta por uma saúde social, comunitária, política e humana.

REFERÊNCIAS

- (1) Nunes ED. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Rev Saúde Pública*. 2006;40:64-72.
- (2) Schaefer RP, Spengler FM. O papel social das universidades comunitárias enquanto terceiro no tratamento dos conflitos. *Rev Juríd Dir Paz*. 2019;5(8):91-107.
- (3) Silva MA. Crítica à privatização do ensino superior no Brasil. *Editoria em Debate*; 2013.

FONTES DE RECURSOS PARA A SAÚDE PÚBLICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM RECORTE PARA O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Lorena Evangelista Santos¹

Francis Sodré

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Considerando a pandemia de Covid-19 um agravamento em saúde de caráter político, econômico e social que requisiu medidas estruturais para seu enfrentamento, entre as quais, recursos públicos, é necessário contextualizar o cenário brasileiro desse dado momento.

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) travou um embate na busca pelo financiamento, diversas foram as medidas neoliberais contra o SUS público, estatal e universal, como a entrada do setor privado, medidas provisórias e embates sobre percentuais mínimos. Mais recentes, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional 95 que congelou por 20 anos as despesas federais, acarretando em desfinanciamento das políticas públicas (1).

Assim sendo, é nesse cenário que o quadro pandêmico se inseriu no Brasil. Com isso, dada a cronicidade de recursos, foi aprovado o “Orçamento de Guerra”, com intervenções pontuais, principalmente durante 2020 e 2021 (2). Para tanto, diante da morosidade no repasse federal, estados e municípios precisaram implantar recursos próprios.

Logo, os dados aqui apresentados são parte da coleta de dados de uma dissertação de mestrado defendida em 2023 que analisou os gastos públicos em saúde durante a pandemia de Covid-19 no estado do Espírito Santo de fevereiro/2020 a fevereiro/2021.

OBJETIVO

Identificar a origem dos recursos direcionados para a saúde pública durante a pandemia de Covid-19 no estado do Espírito Santo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Questões investigadas pela ciência estão relacionadas a interesses e circunstâncias do real, portanto a produção de estudos com a temática “Covid-19” associada a “recursos” são relevantes para o campo da saúde coletiva (3). O estudo buscou identificar as fontes de recursos empregados pela gestão estadual de saúde do Espírito Santo no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021.

¹ Assistente social. Discente de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: lorsantos@hotmail.com

No portal da transparência do Espírito Santo foi selecionada a opção “recursos exclusivos para Covid-19 em saúde”. Realizada uma coleta minuciosa com Órgão pagador, empresa/instituição beneficiada, item adquirido, valor pago, tipo de assistência, categoria, tipo de aplicação e fonte de pagamento. Os dados aqui referem ao último tópico.

Ao obter o valor aplicado foi obtida informação de fonte pagadora. Ao final foram somados todos os recursos e associado a fonte pagadora para obtenção do percentual. Os dados foram associados a produção teórica sobre a temática e legislações vigente.

RESULTADOS

Diante do quadro sanitário foi necessário remanejamento e criação de recursos pelos entes federados para ações e serviços de saúde (4). Além dos créditos extraordinários que representaram novos recursos foi decretado pelo governo federal a suspensão temporária da lei de responsabilidade fiscal em 2020 (2).

A omissão do governo federal requisitou posicionamento estratégico dos estados para organização dos serviços e ações de saúde (1). Além disso houve morosidade no repasse federal aos federados (4). Estados e municípios tiveram diferentes estratégias.

No estado do Espírito Santo foram identificados no período aqui analisado o gasto de aproximadamente setecentos milhões exclusivos para covid-19 em saúde pela gestão estadual com diversas origens, a saber: 1) Ações e Serviços de Saúde (32,1%); 2) Bloco de Custeio Federal (26,09%); Programa Federativo de Enfrentamento ao Covid-19 vinculado às Ações de Saúde e Assistência Social (22,86%); Superávit Financeiro (12,45%); Decisões Judiciais/ Covid-19 (3,31%); Recursos Ordinários (1,08%); Superávit financeiro de Emendas Parlamentares de Bancada Federal (1%); Royalties (0,52%); Outras (0,30%) e Doações (0,29%).

Os dados revelam as diferentes origens dos recursos e corroborando com alguns estudos^{1,2,4} mostram que foi necessário captar diferentes fontes de recursos, além disso, estados e municípios acabam financiando maior parte das ações (no caso do ES o percentual de Ações e Serviços de Saúde apresentam tendência estadual), revelam ainda as diferentes fontes advindas do governo federal (bloco de financiamento, programa...).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O financiamento do SUS continua sendo um grande desafio. Embora tenha ocorrido abertura de recursos para enfrentar o quadro sanitário nos anos de 2020 e 2021, o retrocesso no campo social relacionado ao financiamento perdura. A emenda constitucional 95 continua vigente, assim como todo jogo político que atravessa a garantia de recursos. O cenário ainda é de desfinanciamento das políticas públicas.

Os estudos ainda apontam para a necessidade de rompimento do discurso de austeridade e superação do regime fiscal vigente. Os dados aqui apresentados reforçam a necessidade de revisão dos moldes de recursos, visto que a sustentação do SUS fica submetida a medidas provisórias incertas dada a diversidade de fontes.

REFERÊNCIAS

- (1) Marques MR, Ferreira MRJ. O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Rev Economia Política*. 2023; 43(2):465-479.
- (2) Chioro A et al. Financiamento do SUS e garantia de direitos: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2021. Ebook.
- (3) Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- (4) Servo L et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde Debate*. 2020; 44(4):114-129.

HUERTAS COMUNITARIAS EN EFECTORES DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2022 - 2024

Gabriela Carneglia¹
María Andrea Dakessian
Leonardo Estrada
Natalia Pereiro
Emilio Rimieri
Pablo Zoratti

INTRODUCCIÓN

Las huertas comunitarias en instituciones de salud de la Ciudad de Buenos Aires se encuentran distribuidas en efectores de salud de diferente nivel de complejidad: Hospitales, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR), Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) y Centros de Cuidado Integral (CCI). De las 33 huertas gran parte de ellas están emplazadas en CeSACs de la zona sur de la ciudad.

Estos espacios están bajo la gestión de equipos responsables de su cuidado, que se caracterizan por una fuerte inserción territorial e intersectorial. Los mismos suelen estar conformados por personal de salud, junto con vecinos y vecinas del barrio, escuelas, jardines de la zona y personas pertenecientes a organizaciones sociales.

Los promotores y promotoras de salud tienen un rol fundamental en cuanto al acercamiento con la comunidad, ya que pertenecen al mismo barrio. Por otro lado, los profesionales de distintas disciplinas le aportan un enfoque integral. Las tipologías de las huertas son diversas donde se encuentran huertas de hortalizas, jardín para mariposas, huertas de plantas aromáticas y medicinales, hasta la creación de composteras.

OBJETIVO

- Desarrollar huertas comunitarias en instituciones de salud de la CABA.
- Fortalecer mediante la implementación de huertas una red de cuidados integrales progresivos.
- Impactar positivamente en el ambiente y en la salud y bienestar emocional de los usuarios y el personal mediante la participación en dispositivos de huertas o espacios verdes.
- Aportar mediante las huertas comunitarias a la reducción de gases de efecto invernadero.

1 Equipo de Salud Ambiental, Dirección General de Salud Comunitaria. E-mail: gabicarneglia@gmail.com

METODOLOGÍA

En busca de acompañar a los equipos en el desarrollo de las huertas, en el año 2022 el Equipo de Salud Ambiental (DGSCOM) junto con Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), el Programa Nutricional (MS - GCBA), la Agencia de Protección Ambiental (APRA-GCBA) y ACUMAR desarrollan el curso: *“Hacia Instituciones de salud verdes y sustentables. Plantas nativas y huertas agroecológicas urbanas (Nivel 1 y 2)”*. La formación apunta a reflexionar sobre la relación crisis ambiental- enfermedades emergentes (1), conocer el modelo agroecológico comunitario urbano en contextos de crisis climática y alimentaria, la soberanía alimentaria (2), la Ley 6.377 de huertas agroecológicas urbanas (3), revalorizar las plantas nativas, promover los espacios verdes urbanos saludables y recuperar saberes de la medicina tradicional y farmacias verdes en huertas y disminuir la huella del sector salud (4).

El curso consta de dos niveles divididos en un cuatrimestre cada uno donde se aborda contenido teórico/práctico alternando los encuentros entre clases teóricas y prácticas (las que se desarrollan en las huertas comunitarias de efectores de salud). Algunos de los temas abordados en los cursos son: salud ambiental, cambio climático y salud, salud comunitaria, soberanía alimentaria, alimentación saludable, planificación del espacio de huerta (suelo, siembra), asociación y rotación de cultivos, plantas medicinales, manejo de plagas, manejo de sistemas de riego, fertilización, entre otros. A los participantes que aprueban el curso se otorga un certificado oficial emitido por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud.

Han finalizado el curso *“Hacia Instituciones de salud verdes y sustentables. Plantas nativas y huertas agroecológicas urbanas (Nivel 1 y 2)”* 161 personas entre profesionales y promotores/as de salud. A partir de los cursos se sumaron 25 nuevas huertas a las 8 preexistentes dando un total de 33 huertas comunitarias en efectores de salud.

Se elaboró una *Guía de Huertas Comunitarias en Instituciones de Salud* (5).

Se logró la compra y entrega de insumos desde la Dirección General de Salud Comunitaria (DGSCOM) y el equipo de Salud ambiental: kits de herramientas de mano; tijeras de podar, guantes, mangueras, palas de punta y pulverizadores. Se promueve la reutilización de materiales de descarte en los Centros de Salud como tachos de pinturas, botellas, heladeras de vacunas, etc. Además, se entrega compost a los efectores de salud mediante una articulación con otras áreas del gobierno que son quienes lo producen².

En referencia al asesoramiento técnico y provisión de semillas, la articulación con INTA, hoy discontinuada, fue clave. La Agencia de Protección Ambiental (APRA), fue relevante también en el asesoramiento a los CeSAC y provisión de plantas nativas.

² La Dirección de Reciclado y Economía Circular (DGRYEC), perteneciente al Ministerio de Espacio Público e Higiene Urbana (MEPHU), cuenta con diferentes puntos de producción en la Ciudad de Buenos Aires (Parque Indoamericano - Cementerio de Chacarita - Velódromo de Palermo).

Esta línea de intervención mejora el clima y los espacios de trabajo, permite la recuperación de saberes populares y fortalece lazos comunitarios.

RESULTADOS / CONSIDERACIONES

Se han incorporado y reforzado las huertas comunitarias existentes y se han establecido redes entre los equipos de salud a cargo de los espacios y la comunidad.

Para el sistema de salud la iniciativa de huertas y espacios verdes fue innovadora. Se lograron incorporar al sistema de compras, la adquisición de insumos poco frecuentes.

Es un desafío la sostenibilidad del cuidado de esos espacios por parte de los equipos de salud dada la alta demanda asistencial y la fluctuante participación comunitaria.

Las huertas en instituciones de salud resultaron en primer lugar dispositivos de intervención para los trabajadores de salud por representar un espacio de trabajo en salud reconfortante y con vinculación con la tierra y en segundo lugar se constituyeron como dispositivos de salud integral para los usuarios con promoción de prácticas culturales y aprendizajes sociales necesarias para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Cambio Climático y Salud. OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cambio-climatico-salud>
- (2) Pescio FJ. Balance entre la producción de una huerta agroecológica y la demanda nutricional de una familia tipo en el Área Metropolitana de Buenos Aires. RIA. 2020; 46(1):116-122.
- (3) Ley 6.377. Agroecología Urbana. Boletín Oficial. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. 2020.
- (4) Salud sin Daño. ARUP. Huella climática del sector de la salud. Cómo contribuye el sector de la salud a la crisis climática global: oportunidades para la acción. 2019.
- (5) Equipo de Salud ambiental, Dirección General de Salud Comunitaria. Guía de huertas comunitarias en Instituciones de Salud CABA. 2023.

IMPACTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS NO CENÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Gabrielly Monique Melo Ferreira¹

Carlos Henrique Sutério de Carvalho

João Gabriel Conceição Santos

Gustavo Oliveira Santos

Drielle Caroline da Silva Lobo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A noção de mudanças climáticas surgiu a partir da última década do século XX com o arsenal crítico-literário sobre a globalização e os efeitos da intensificação do aquecimento global proveniente das revoluções industriais. Nesse cenário, o termo foi inserido no primeiro relatório global sobre as mudanças climáticas e a saúde publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 (1). Durante a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD), foi instalada a convenção sobre mudanças climáticas, junto com a desertificação e a diversidade biológica. No entanto, a discussão sobre os impactos causados pelas mudanças climáticas só começou a surgir nos primeiros anos do século seguinte, valendo destacar que tais discussões constantemente acabam por não abranger a relação entre o cenário atual e a superexploração ambiental por parte de grandes empresas, traço característico do modo de produção capitalista e do modelo social predatório que se instala na contemporaneidade. No Brasil, as questões de vulnerabilidade individual e coletiva estão estar diretamente associadas às mudanças climáticas (2), o qual pode ser compreendido também como reflexo da inevitável sujeição das populações vulnerabilizadas à tirania do capital, a qual, no caso, pode ser visualizada a partir dos efeitos das mudanças climáticas na vivência desses indivíduos.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é analisar os impactos das mudanças climáticas na vulnerabilidade individual e coletiva, com ênfase no contexto brasileiro. Busca-se compreender como a intensificação do aquecimento global e os processos de mudança climática influenciam as condições socioambientais, além de destacar a importância de uma adaptação da infraestrutura hospitalar e ampliação na vigilância epidemiológica.

METODOLOGIA

A metodologia deste estudo é baseada em revisão bibliográfica (acervo) e análise documental e com análise de documentos governamentais sobre políticas públicas durante o período de 2004 a 2023.

¹ Departamento Medicina. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: gabriellymelo@aluno.ufrb.edu.br

O estudo será conduzido em quatro etapas: (i) a revisão bibliográfica qualitativa dos artigos através das bases de dados PubMed, Scielo, Ministério da Saúde, The Lancet Countdown e World Bank Group, nos idiomas em inglês e português com os descritores em português e inglês “Desigualdade” AND “Doenças infecciosas” AND “Mudanças climáticas”, no período de 2004 a 2023; (ii) o embasamento teórico sobre os impactos das mudanças climáticas na saúde pública e na vulnerabilidade social; (iii) a análise de dados secundários para identificar padrões e tendências; (iiii) avaliação das políticas adotadas no Brasil para mitigar esses impactos. Essa abordagem permitirá compreender como o aquecimento global afeta a saúde e a necessidade de fortalecer a infraestrutura hospitalar e a vigilância epidemiológica. Assim, o estudo contribuirá para reflexões sobre estratégias mais eficazes de adaptação e mitigação.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo evidenciam que as mudanças climáticas impactam diretamente a saúde pública no Brasil, intensificando vulnerabilidades individuais e coletivas. A análise revelou um aumento na incidência de doenças transmitidas por vetores, como dengue, zika e chikungunya, devido ao intensificação das chuvas e elevação da temperatura, sendo que, segundo o relatório The Lancet Countdown (2024), o potencial de transmissão, em especial, da dengue pode aumentar em até 37% globalmente em decorrência do aquecimento climático (3). Além disso, eventos climáticos e extremamente prejudiciais, como ondas de calor e secas prolongadas, estão associados ao crescimento de doenças respiratórias e cardiovasculares, afetando principalmente populações de baixa renda e a população localizada na faixa da terceira idade, faixa essa que nas capitais brasileiras já apresentam um aumento no risco de mortalidade em 1.433% quando se trata de doenças respiratórias e 1.257% em doenças cardiovasculares. Os dados também apontam que desastres naturais, como enchentes e deslizamentos, agravam a insegurança alimentar e hídrica, além de comprometerem o saneamento básico, elevando os casos de doenças gastrointestinais. A análise das políticas públicas revelou avanços na vigilância epidemiológica e na infraestrutura hospitalar, mas ainda há desafios na implementação de estratégias de mitigação e adaptação de maneira efetiva e equitativa (4). Dessa forma, os resultados reforçam a necessidade de ampliar medidas preventivas, fortalecer sistemas de saúde e promover políticas públicas eficazes para reduzir os impactos das mudanças climáticas sobre a população brasileira.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Por fim, torna-se necessário apontar que analisar a intersecção dos eventos climáticos com a saúde pública no Brasil de forma crítica exige que não só sejam pensados caminhos e modos de enfrentamento para com os fenômenos mais aparentes desse contexto, mas também reconhecer como tais problemáticas surgem dentro de um contexto socioeconômico. O modo de produção predatório que impera na sociedade, reflete diretamente no surgimento das mudanças climáticas, na necessidade de formulação de políticas públicas de saúde e de prevenção e ação em contextos de calamidades ambientais. Com isso, a ausência de uma visão crítica perante a complexidade do contexto que tais eventos surgem podem fragilizar o debate aqui instigado, bem como refletir na formulação de

meios de enfrentamento a essas problemáticas que não consigam suprir as demandas da população vulnerabilizada de forma efetiva, o que, por sua vez, acabaria por condenar esse grupo aos males associados às emergências climáticas contemporâneas.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana da Saúde. Mudanças climáticas e ambientais e seus efeitos na saúde: cenários e incertezas para o Brasil. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
- (2) Martins MC *et al.* Influence of socioeconomic conditions on air pollution adverse health effects in elderly people: an analysis of six regions in Sao Paulo, Brazil. *J Epidemiol Comm Health.* 2004; 58(1):41-46.
- (3) Watts N, Amann M, Arnell N, *et al.* The 2024 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet.* 2024;403(10422):341-456.
- (4) Vassari-Pereira D, Valverde MC, Asmus GF. Impacto das mudanças climáticas e da qualidade do ar em hospitalizações por doenças respiratórias em municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2022;27:2023-34.

IMPACTOS DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS NA QUALIDADE DA ÁGUA E DOENÇAS INFECCIOSAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Magno Lange Albuquerque¹

Rafaela Roberta Morelato

Maria Eugênia da Costa Machado

Pedro Henrique de Barcelos Lavareda

Fernando Rodrigues-Silvas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas têm gerado impactos na qualidade da água em reservatórios de abastecimento, acarretando efeitos diretos à saúde pública (1). O aumento da temperatura, as alterações nos padrões de precipitação e a intensificação de eventos climáticos extremos, como secas e inundações, podem favorecer a proliferação de vetores e microrganismos patogênicos, especialmente para populações vulneráveis.

Esse cenário tem impulsionado o aumento de doenças infectocontagiosas como dengue e chikungunya, cuja incidência está associada tanto à degradação ambiental quanto à precariedade no acesso ao saneamento básico. A mobilização de contaminantes como pesticidas e metais traços, intensificada pelas alterações nos parâmetros físico-químicos da água, agrava o risco de exposição a agentes tóxicos, ocasionando impactos negativos à saúde (2).

O maior entrave à mitigação desses efeitos está no próprio modelo de desenvolvimento vigente. A lógica capitalista prioriza o crescimento econômico por meio da intensificação de atividades industriais e agropecuárias, frequentemente ao limite de normas ambientais e da justiça social. Assim, o impacto das mudanças climáticas sobre a saúde coletiva torna-se mais expressivo em contextos de maior desigualdade e compromete o direito ao acesso à água.

OBJETIVO

Analisar os impactos das mudanças climáticas na qualidade da água de reservatórios de abastecimento e como esses efeitos favorecem o avanço de doenças infecciosas, como a dengue e a chikungunya.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa com busca na base Web of Science (Clarivate Analytics), utilizando-se as seguintes palavras-chave: “climate change”, “water quality”, e “public health” no intervalo de tempo de 2000 a 2025. Foram incluídos artigos que relacionam mudanças climáticas

1 Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos (PPG-SMARH); Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM). E-mail: magno.lange01@gmail.com

com alterações nos parâmetros da água, presença de vetores e aumento de doenças infecciosas. A partir dos artigos com maiores números de citações, realizou-se análises críticas do papel do modelo capitalista na intensificação dos impactos ambientais e sua interrelação com a problemática ambiental.

Complementarmente, foram selecionadas revisões que abordam a vulnerabilidade de países de baixo e médio produto interno bruto frente à escassez hídrica e às limitações estruturais na oferta de saneamento ambiental e saúde. A análise dos dados priorizou estudos evidenciando os efeitos combinados da degradação ambiental, das mudanças climáticas e da gestão desigual dos recursos hídricos.

Resultados

Os estudos analisados demonstraram que a elevação da temperatura e eventos climáticos extremos podem causar alterações significativas na dinâmica de ecossistemas aquáticos. O aumento nos valores de parâmetros pH, turbidez e temperatura da água favorece a proliferação de vetores e organismos potencialmente patogênicos (3), ampliando o risco de surtos de doenças infectocontagiosas como a dengue e a Chikungunya no contexto de países tropicais. Essas doenças, embora transmitidas por vetores, são intensificadas por condições precárias de saneamento e, ainda, agravados pela instabilidade climática.

A concentração de contaminantes como pesticidas e metais traços também tende a aumentar, já que as alterações físico-químicas dos corpos d'água tornam esses compostos mais solúveis e biodisponíveis (4). Em paralelo, observa-se que a capacidade técnica e financeira das Estações de Tratamento de Água (ETAs) para remover esses poluentes é limitada, especialmente em regiões periféricas ou em países com baixa governança ambiental (5) como o caso do Brasil.

O modelo capitalista, ao estimular a exploração intensiva dos recursos naturais e limitar investimentos em infraestrutura social e ambiental, atua como um fator agravante tanto para o aumento das mudanças climáticas quanto para a desigualdade social. Práticas agrícolas e industriais sem regulação adequada são apontadas como responsáveis por parte significativa da contaminação hídrica (3-5). Intervenções como implementação de tratamento avançado de água e o monitoramento contínuo da qualidade da água são defendidas na literatura, mas encontram barreiras estruturais, políticas e econômicas para sua efetivação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As mudanças climáticas estão diretamente relacionadas ao decaimento da qualidade da água e ao aumento de doenças infectocontagiosas. A vulnerabilidade da população a esses agravos é somada a um modelo de desenvolvimento que prioriza o lucro à sustentabilidade. A insuficiência de investimentos em saneamento ambiental e a falta de ações preventivas reflete a lógica de um sistema que reproduz e fortalece desigualdades socioambientais, evidenciando a (in)justiça ambiental. Enfrentar esses desafios exige mais do que soluções tecnológicas, pois, é necessário repensar o modelo de produção, fortalecer

a regulação ambiental e garantir o acesso universal à água potável e de qualidade como direito humano básico.

REFERÊNCIAS

- (1) Ishaque W, Tanvir R, Mukhtar M. Climate Change and Water Crisis in Pakistan: Implications on Water Quality and Health Risks. *J. Environ. Public Health*. 2022 Nov; 2022(1):1-12.
- (2) Nasiti SIW, Kusnopranto H, Utomo SW. Potential Health Impact of Climate Risk on Clean Water Supply Case of South Tangerang City. *Adv Sci Lett*. 2018 Sep 1; 24(9):6797–801.
- (3) Kwiatkowski RE. Indigenous community based participatory research and health impact assessment: A Canadian example. *Environ Impact Assess Rev*. 2011 Jul; 31(4):445–50.
- (4) Ahmed T, Zounemat-Kermani M, Scholz M. Climate Change, Water Quality and Water-Related Challenges: A Review with Focus on Pakistan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 17;17(22):8518.
- (5) Delpla I, Jung AV, Baures E, Clement M, Thomas O. Impacts of climate change on surface water quality in relation to drinking water production. *Environ Int*. 2009 Nov;35(8):1225–33.

INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO BRASIL (2007-2023)

Giulia Santos Santana¹

Luma Onã da Silva Andrade

Tarciso de Figueiredo Palma

Camila Carvalho de Sousa

Francesca de Brito Magalhães

Maria Eduarda Pereira Dias

Tatiane Araújo dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho (AT), desde 2006, estão incluídos na lista de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Sistema Único de Saúde. Esse sistema de informação é uma boa fonte de dados para o diagnóstico geral da situação de saúde e segurança por AT e grupos ocupacionais no Brasil(1).

O ambiente laboral no setor saúde é caracterizado por sobrecarga de serviço, falta de insumos, infraestrutura precária, acúmulo de móveis e equipamentos em espaços de atendimento e condições insatisfatórias de segurança no trabalho (2). Ademais, existem mecanismos de controle de produção sobre os(as) trabalhadores(as), que podem ocasionar acidentes de trabalho típicos e de trajeto (3).

Esses acidentes comprometem a saúde dos(as) trabalhadores(as) gerando impacto econômico, resultando em perda de mão de obra qualificada devido a lesões ocupacionais e afastamentos. Nota-se a importância de implementar medidas de controle e segurança para a proteção da saúde e garantia de um ambiente de trabalho digno, seguro e humanizado (2).

OBJETIVO

Descrever os acidentes de trabalho registrados no SINAN, no período de 2007 a 2023, analisando características sociodemográficas e do trabalho das pessoas afetadas; e estimar a incidência de acidentes de trabalho por área geográfica do país (regiões e unidades federativas) e por períodos do tempo (análise de tendência temporal).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, considerando a distribuição e tendência temporal dos ATs, entre 2007 e 2023. Os casos de ATs foram provenientes do SINAN, considerando os(as) trabalhadores(as) da saúde, a partir da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

1 E-mail: fisiogiulia@gmail.com

Foram identificadas 478 ocupações/especialidades vinculadas ao setor saúde, organizadas em 13 categorias. As variáveis selecionadas para este estudo compreenderam dados espaciais, sócio-ocupacionais e de saúde.

Foi avaliada a tendência temporal, as frequências relativas e as incidências para cada ano. Foram calculadas suas variações percentuais proporcionais (VPP) total e por subperíodos. As prevalências foram calculadas a partir do número de trabalhadores(as) da saúde, estratificados por região e unidades da federação (UF) e por categoria profissional, disponibilizadas pelo CNES. Os dados foram tabulados e analisados através de planilha eletrônica e acessados em junho de 2024.

RESULTADOS

No Brasil, entre 2007-2023, ocorreram registros de 97.725 casos de ATs, verificando-se uma tendência crescente. Em números absolutos, a VPP foi superior a 3.200% entre 2007-2023. A incidência do agravo variou de 3,7 a 44,8 casos por 1.000 trabalhadores(as). A análise dos dados por regiões identificou índices maiores na região Sudeste, durante todo período. Tendo destaque, em 2023: no Norte, o estado de Roraima (7,8/1.000); no Nordeste, o Ceará (3,9/1.000); no Sudeste, São Paulo (6,4/1.000); no Sul, Rio Grande do Sul (11,7/1.000); e, no Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul (6,3/1.000).

Houve predominância dos ATs entre mulheres (77,4%), na faixa etária de 30-49 (31,0%), de raça/cor branca (58,1%), seguida por parda (33,4%) e pretas (7,6%), amarelos e indígenas (<1%). A escolaridade predominantemente foi o ensino médio completo (59,9%), seguido pelo ensino superior completo (26,6%).

Os tipos de ATs mais frequentes, de acordo com o CID-10, entre os homens foram: motociclista traumatizado em colisão com automóvel (29,0%); quedas do mesmo nível (13,6%); impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos (13,5%); agressão por diversos meios (13,0%). E, entre as mulheres: quedas do mesmo nível (29,9%); motociclista traumatizado em colisão com automóvel (15,4%); outros tipos de quedas (14,6%); impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos (13,3%).

As categorias ocupacionais com maior risco de sofrer AT, foram os agentes de saúde pública (94,7/1.000), seguidos pelos auxiliares e técnicas(os) de enfermagem (65,2/1.000), outras ocupações de nível técnico e auxiliar de saúde (64,8/1.000), enfermeiras(os) (45,5/1.000), agentes comunitários de saúde (28,7/1.000) e outras ocupações de nível superior de saúde (19,1/1.000).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No Brasil, entre 2007-2023, ocorreram registros de 97.725 casos de AT, verificando-se uma tendência crescente, com VPP superior a 3.200%.

A predominância de mulheres agentes de saúde pública, seguidas de técnicas de enfermagem,

com formação de nível técnico, evidencia a vulnerabilidade dessas categorias, possivelmente em decorrência da expressiva representatividade feminina na linha de frente do cuidado. Por sexo biológico, a predominância em homens motociclistas traumatizados em colisão com automóvel (29,0%), e entre as mulheres destaca-se a queda do mesmo nível (29,9%).

Para garantir ambientes de trabalho saudáveis, é crucial o envolvimento de empregadores(as), gestores(as) e trabalhadores(as) na discussão e definição das características dos processos e organização do trabalho. Para tanto, é fundamental conhecer os eventos, bem como, o perfil das(os) trabalhadoras(es) expostas(os) a fatores de risco que provocam os AT.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2004.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Sistema de Informação de Agravos de Notificação: ficha de investigação de acidente de trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Guia de vigilância em saúde. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. v. 1.

INTERNACIONAL A LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO E DO ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO (1950-1980)

Ronaldo De Oliveira Penteado Oliveira¹

Maria Lucia Frizon Rizzoto

Luiz Fernando Reis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A qualificação da formação profissional e a melhoria das condições de trabalho configuram-se, historicamente, como desafios estruturais enfrentados pela categoria da enfermagem. Apesar dos avanços promovidos a partir da primeira regulamentação do exercício de enfermagem no Brasil, por meio do Decreto nº 20.109/1931, também se observaram retrocessos significativos. Tais retrocessos contribuíram para a divisão e hierarquização da força de trabalho em enfermagem, favorecendo a inserção de trabalhadores com baixa ou nenhuma escolaridade nos postos de trabalho, ao invés de profissionais qualificados. Dados do relatório “Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil: 1956-1958” (1), bem como do documento “O exercício da enfermagem brasileira nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983” (2), evidenciam profundas disparidades no que tange à qualificação profissional. Nesse contexto, este estudo partiu do pressuposto de que, desde a criação da primeira escola de formação de enfermeiras padrão no Brasil em 1922, o Estado brasileiro exerceu influência direta sobre a composição da força de trabalho em enfermagem, por meio da regulamentação do ensino e do exercício profissional, moldando-a de acordo com os interesses do mercado e do modelo médico-hospitalar, com ênfase na contenção de custos com recursos humanos, em detrimento das necessidades concretas de saúde da população brasileira.

OBJETIVO

Analisar a legislação que regulamentou o ensino e o exercício da enfermagem no Brasil entre as décadas de 1920 e 1980, e sua relação com a composição e a distribuição da força de trabalho da enfermagem nas décadas de 1950 e 1980.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica (3). A pesquisa documental utilizou leis e decretos sobre o ensino e o exercício da enfermagem no Brasil, presentes na obra Legislação em Enfermagem (4), além de dois relatórios: o “Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil: 1956-1958” e “O exercício da enfermagem brasileira nas instituições de saúde: 1982/1983”.

1 Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). E-mail: ro.p1@hotmail.com

Esses documentos foram obtidos em biblioteca universitária, digitalizados e organizados em planilha para análise. A pesquisa bibliográfica sustentou a contextualização teórica, com base em livros, teses e artigos científicos.

RESULTADOS

Os dados revelam que, ao longo da história da enfermagem no Brasil, houve uma predominância de profissionais com baixa qualificação atuando no cuidado direto aos pacientes. Informações provenientes do “Levantamento de Recursos e Necessidades em Enfermagem – 1956-1958”[1] e do estudo realizado pelo Cofen em 1982/1983 (2) indicam que os atendentes representavam 84,1% da força de trabalho de enfermagem em 1956, reduzindo-se para 63,8% em 1983. No mesmo período, a proporção de enfermeiros com formação superior diminuiu de 11,3% para 8,5%, evidenciando um quadro de desvalorização da qualificação profissional. A criação de cursos técnicos nos anos 1970 trouxe avanços, mas não superou a precarização. Essa condição não é um acaso do mercado, mas resulta de uma escolha política que favorece a instabilidade e a submissão do trabalhador (5).

Três décadas depois, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (6) apontou que apenas 24,6% dos profissionais possuíam formação em nível superior, indicando que o cuidado aos pacientes ainda é majoritariamente realizado por trabalhadores sem graduação. Essa estrutura hierárquica dividida entre enfermeiros, técnicos e auxiliares reflete a lógica capitalista da fragmentação do trabalho (7) e reforça desigualdades de gênero, já que a enfermagem, profissão historicamente feminizada, permanece atrelada a estereótipos de cuidado (8).

Vale destacar que, posteriormente, a Lei nº 7.498/86 não reconheceu os atendentes de enfermagem como integrantes da equipe de enfermagem, porém pouco tempo depois as políticas públicas seguiram permissivas aos interesses do mercado, como demonstrou o texto da Lei nº 8.967/94, que assegurou a continuidade dos atendentes de enfermagem anteriormente contratados.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise histórica da legislação sobre o ensino e o exercício da enfermagem no Brasil evidencia que o Estado desempenhou um papel central na conformação de uma força de trabalho segmentada, predominantemente de baixa qualificação, em consonância com os interesses do modelo médico-hospitalar e do mercado.

Apesar de avanços pontuais, como a criação dos cursos técnicos e a promulgação da Lei nº 7.498/1986 que regulamentou o exercício profissional, as medidas adotadas revelaram-se ambíguas, permitindo a continuidade da precarização do trabalho, como exemplifica a posterior aprovação da Lei nº 8.967/1994. Essa legislação, ao assegurar a permanência dos atendentes de enfermagem sem formação formal, reforçou a tendência histórica de substituição da qualificação pela lógica da contenção de custos.

Torna-se urgente, portanto, repensar os marcos regulatórios da profissão, de forma a garantir o direito à formação de qualidade, à valorização profissional e à oferta de cuidado qualificado à população.

REFERÊNCIAS

- (1) Associação Brasileira de Enfermagem. Diretrizes para a enfermagem no Brasil: relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil: 1956-1958. Brasília, DF: Aben; 1980.
- (2) Associação Brasileira de Enfermagem. Força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem brasileira nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983. Brasília, DF: Aben; 1985. v.1.
- (3) Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- (4) Santos ICM. Legislação em Enfermagem. 2. ed. São Paulo: EPU; 2001.
- (5) Druck G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? Cad CRH. 2011; 24(esp.1);37-57.
- (6) Machado MH. Perfil da enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: Cofen, Fiocruz; 2017.
- (7) Lima JCF. Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
- (8) Magalhães MDF. Estereótipos de gênero na enfermagem brasileira: memória e perspectivas [dissertação]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2021.

INTERNACIONAL O CAPITALISMO NEOLIBERAL E A SAÚDE DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS: REFLEXÕES SOBRE AS REPERCUSSÕES DO DERRAMAMENTO DE PETRÓLEO OCORRIDO NO BRASIL EM 2019

Mariana Nascimento Carvalho¹

Veronica Maria Cadena Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As comunidades pesqueiras tradicionais foram as mais afetadas pelo derramamento de petróleo ocorrido no Brasil, em 2019 (1). Desastres semelhantes têm ocorrido em diversas partes do mundo nas últimas décadas, causando danos significativos às populações e regiões costeiras afetadas, que dependem da biodiversidade para sua subsistência (2).

Os derramamentos de petróleo são uma consequência direta da exploração contínua de recursos fósseis, impulsionada pela crescente demanda global, e representam uma ameaça severa aos ecossistemas (3). O contexto mundial, marcado pelas políticas neoliberais do capitalismo, determina os caminhos e meios que irão influir diretamente sobre a vida nas sociedades, seja pelas atitudes permissivas dos governos em benefício dos grandes empreendimentos ou pela ausência de políticas públicas eficazes e protetivas (4).

A expansão de projetos extrativistas, em territórios ocupados por comunidades tradicionais, impacta negativamente em seu ambiente histórico e cultural (5). Nesse contexto contemporâneo, destaca-se o racismo ambiental, indo além das questões raciais e étnicas para englobar as desigualdades que afetam os grupos mais vulneráveis (6). Este modelo de “desenvolvimento” revela-se autodestrutivo à medida que ameaça territórios coletivos, produz desequilíbrio ecológico e contribui para um cenário de crise.

OBJETIVO

O presente ensaio tem por objetivo investigar as influências do neoliberalismo no derramamento de petróleo ocorrido no Brasil, em 2019, que afetou populações tradicionais de pescadores artesanais. A temática aborda questões fundamentais que se entrelaçam no atual cenário político mundial, sendo essenciais para o enriquecimento deste artigo. Investiga-se o capitalismo contemporâneo, especialmente sua relação com a precarização do trabalho e o racismo ambiental.

METODOLOGIA

Os intensos processos de produção e de consumo refletem um modelo de mercado que, ao longo dos séculos, tem gerado um desequilíbrio entre a sociedade e o meio ambiente (5). Em sua versão

¹ Programa de Pós-Graduação Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia.
E-mail: mari_carvalho89@hotmail.com

moderna e neoliberal, há uma idealização de classe hegemônica que carrega uma intencionalidade sobre o domínio dos processos espaciais, a partir do condicionamento de determinados grupos vulneráveis socialmente a habitarem territórios em riscos (4).

O desencadeamento de agressões ao ambiente, como observado no derramamento, são caracterizadas por desconsiderar a força de trabalho humano como peça fundamental e intensificar a desvalorização da atividade artesanal. No Brasil, o desastre resultou em impactos à saúde e socioeconômicos dos pescadores(as) atingidos. Estes(as) trabalhadores(as), em situação precária/informal e sujeitos as vulnerabilidades, enfrentam a influência das dimensões ideológicas e culturais capitalista, através da restrição dos seus direitos sociais e trabalhistas (1).

Há uma negação da identidade cultural e ancestral dos povos tradicionais, para os quais o uso dos recursos naturais representa uma relação de sinergia com o meio ambiente. Todavia, ao longo dos últimos anos, as populações tradicionais têm enfrentado prejuízos no acesso aos recursos naturais e domínio sobre o uso do ecossistema. Esse cenário é um desdobramento de uma ideologia com práticas racistas, dinâmicas e persistentes, que influenciam as estratégias de ocupação dos territórios, gerando impactos que contribuem para a crise climática (5,6).

O senso comum da ideologia neoliberal exalta a adesão dos governos ao “livre mercado” que favorece a implantação de um glomerado de empresas transnacionais, e assim, reforça a dominação do trabalho e da apropriação das riquezas que reproduz (7). A expansão de projetos extrativistas em áreas de ocupação das comunidades tradicionais, utilizam-se de práticas de coação, ameaças e cooptação das lideranças, transformando o ambiente histórico e cultural (5).

Este modelo de “desenvolvimento” é autodestrutivo à medida que ameaça territórios coletivos e produz um desequilíbrio ecológico que aponta para um cenário de crise que coloca em risco a sobrevivência humana. O reconhecimento dessas exposições ambientais ou condições sociais, econômicas e culturais, tem como objetivo evidenciar as violações e as injustiças socioambientais. É necessário mudanças nesse modelo de desenvolvimento que põe em riscos os ecossistemas, e consequentemente, a vida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao analisar o desastre com o derramamento do petróleo em 2019, percebe-se que o atual contexto mundial neoliberal define os mecanismos que impactam diretamente a vida nas sociedades, resultando em injustiças socioambientais. Através de uma ideologia que extrapola o controle do mercado e permeia nas diferentes dimensões da vida, sobre a influência permissiva dos governos.

O racismo ambiental, vivenciado pelas populações tradicionais no Brasil, foi acentuado nas regiões tradicionais após o derramamento de petróleo em 2019. O desastre intensificou as vulnerabilidades ao se sobrepor às dimensões da precariedade nas condições de trabalho dos(as) pescadores(as) artesanais. Portanto, destaca-se a necessidade de estabelecer articulações locais de trabalhadores(as), assim como da sociedade civil, pesquisadores e representantes comunitários, buscando o envolvimento desses

diferentes atores para fomentar a construção e manutenção de Políticas Públicas direcionadas às populações tradicionais.

REFERÊNCIAS

- (1) Pena PGL, Northcross AL, Lima MAG, Rego CF. Derramamento de óleo bruto na costa brasileira em 2019: emergência em saúde pública em questão. *Cad Saúde Publica* 2020;36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231019>.
- (2) Barron MG, Vivian DN, Heintz RA, Yim UH. Long-Term Ecological Impacts from Oil Spills: Comparison of Exxon Valdez, Hebei Spirit, and Deepwater Horizon. *Environ Sci Technol* 2020;54:6456–67. <https://doi.org/10.1021/acs.est.9b05020>.
- (3) Chen J, Zhang W, Li S, Zhang F, Zhu Y, Huang X. Identifying critical factors of oil spill in the tanker shipping industry worldwide. *J Clean Prod* 2018;180:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.12.238>.
- (4) Boron AA. A questão do Imperialismo: A Teoria Marxista Hoje: Problemas e Perspectivas. Buenos Aires: CLACSO; 2007.
- (5) Escobar A. Territories of Difference: the Political Ontology of the “Right to Territories.” *Desenvolv Meio Ambiente*. 2015; 35:89-100. <https://doi.org/10.5380/dma.v35i0.43541>.
- (6) Belmont M. Racismo Ambiental e Emergências Climáticas no Brasil. São Paulo: Instituto de Referência Negra Peregum; 2023. v. 1.
- (7) Dardot P, Guéguen H, Laval C, Sauvêtre P. A escolha da Guerra Civil: uma Outra História do Neoliberalismo. São Paulo: Elefante; 2021. v. 1.

INTERNACIONAL PROJETO ESPERANÇA NOVA CONTAGEM: VÍNCULO COMUNITÁRIO, VULNERABILIDADE SOCIAL E RESULTADOS PARCIAIS

Augusto Resende Castro¹

Paula Souza Lage

Felipe Mansur Faria

Érica França Cassemiro Lopes

Rafaela Martins Bomtempo

Mariana Fialho Gontijo de Alcântara

Giovanna Karolyne de Andrade Ferreira

Davi Rezende Ribeiro

Thayná Miranda Cereda

Thiago Luiz Queiroz Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto Esperança – Nova Contagem é uma iniciativa de extensão universitária da PUC Minas – Campus Contagem, que atua na Vila Esperança, região periférica marcada por expressivas desigualdades sociais e econômicas. Com foco na saúde, educação e cidadania, o projeto busca enfrentar os desafios impostos pela vulnerabilidade estrutural da região – como desemprego, subemprego, dificuldade de acesso a serviços públicos de qualidade e educação precária –, além de promover a aproximação da universidade com territórios negligenciados. O presente resumo apresenta uma análise dos resultados parciais da execução do projeto, com destaque para os desafios enfrentados na criação de vínculos com a população local.

OBJETIVO

Apresentar os resultados parciais do Projeto Esperança – Nova Contagem com foco na construção de vínculos comunitários, analisando as estratégias utilizadas e os desafios identificados em um território caracterizado pela alta vulnerabilidade social.

METODOLOGIA

Durante a execução do projeto, identificou-se uma significativa dificuldade em estabelecer relações de confiança com a população da Vila Esperança. A estratégia inicial de reforço escolar para crianças, embora tenha aberto caminhos para o contato com as famílias, mostrou-se limitada na consolidação de vínculos duradouros. Esse cenário evidenciou a complexidade dos processos de inserção comunitária em territórios marcados por desconfiança e ausência histórica do Estado.

1 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Contagem. E-mail: augustoresendecastropuc@gmail.com

Diante disso, o projeto reformulou suas estratégias. Foram incorporadas ações voltadas à segurança alimentar por meio do Programa de Alimentação Escolar, além de novas tentativas de qualificação do reforço escolar com abordagem mais lúdica e interativa. Também foram desenvolvidas parcerias para uso de espaços comunitários, a fim de ampliar a presença institucional no território e fortalecer o sentimento de pertencimento e acolhimento.

RESULTADOS

A partir dessas reformulações, observou-se uma maior receptividade por parte de algumas lideranças locais e famílias em situação de vulnerabilidade. No entanto, o vínculo institucional ainda se mantém frágil, demonstrando que estratégias centradas unicamente na educação não são suficientes para conquistar a confiança plena de comunidades historicamente excluídas. A escuta qualificada e a construção de práticas baseadas na integralidade do cuidado e na promoção da cidadania foram identificadas como potenciais caminhos para aprofundar essa relação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados parciais do Projeto Esperança – Nova Contagem evidenciam que o desafio de construir vínculos comunitários exige abordagens integradas, continuadas e sensíveis às realidades locais. A experiência reforça a importância de repensar as práticas extensionistas para além do assistencialismo, investindo em estratégias que combinem educação, alimentação, cultura e participação comunitária com base nos princípios do SUS, da promoção à saúde e da equidade. A efetividade de intervenções em contextos de sindemia depende da capacidade de mobilização coletiva, reconhecimento das vulnerabilidades e articulação com políticas públicas transformadoras (1).

Ao longo da execução do Projeto Esperança, a dificuldade de estabelecer vínculos consistentes com a comunidade local demonstrou-se um dos principais entraves para a efetividade das ações extensionistas. Estudos destacam que a construção do vínculo e do acolhimento depende da presença continuada e de estratégias de escuta e corresponsabilidade, fundamentais para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, quando as relações sociais estão marcadas por experiências anteriores de ausência do Estado ou promessas não cumpridas, a população tende a adotar posturas defensivas, o que demanda abordagens que considerem os tempos e modos da própria comunidade (2).

A estratégia inicial de oferecer reforço escolar, embora bem intencionada, esbarrou em limitações contextuais. Cabe ressaltar que intervenções centradas unicamente em abordagens educativas correm o risco de reproduzir práticas normativas e pouco dialógicas, especialmente em territórios onde as condições estruturais dificultam a valorização do processo educativo. Assim, é preciso considerar as dimensões simbólicas e afetivas que perpassam o cotidiano das famílias e as formas como se relacionam com o saber escolar (3).

Ao reorientar suas ações para incluir a dimensão alimentar por meio do programa de segurança alimentar do município, o projeto se alinha a estudo anterior que define como resposta à sindemia

alimentar, reconhecendo que a saúde não se limita à ausência de doenças, mas está diretamente relacionada à segurança nutricional, à dignidade e à soberania alimentar (1). Essa articulação intersetorial reforça o papel da extensão universitária como mediadora entre diferentes políticas públicas e as realidades concretas das populações em vulnerabilidade.

Outro ponto importante diz respeito à qualificação da presença institucional na comunidade. Sabe-se que projetos de intervenção em saúde ganham maior efetividade quando se articulam com metodologias construtivistas e processos de escuta ativa que permitam a construção conjunta de soluções. Nesse sentido, o aprimoramento das ações de reforço escolar e a busca por novos espaços comunitários representaram não apenas estratégias logísticas, mas também políticas de reconhecimento e valorização dos saberes e práticas locais (4).

Ainda que o vínculo comunitário não tenha sido plenamente consolidado, a experiência extensionista favoreceu o aprendizado coletivo e institucional acerca das barreiras invisíveis que perpassam o trabalho social em contextos de alta vulnerabilidade. Estudos demonstram que regiões marcadas por baixos indicadores de qualidade na atenção básica coincidem com os maiores índices de vulnerabilidade social, o que reforça a importância de abordagens multissetoriais e sensíveis ao território (5).

Por fim, a vivência extensionista aponta para a necessidade de consolidar um paradigma de atuação que considere o vínculo não como um ponto de chegada, mas como um processo contínuo de aproximação, diálogo e reconhecimento mútuo.

REFERÊNCIAS

- (1) Burigo AC, Porto MF. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de sindemia. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(10):4411–4424.
- (2) Lachtim SAF et al. Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2022;16(4):87–97.
- (3) Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Colet.* 2004;9(3):669–678.
- (4) Gomes R, Oliveira JM, Soeiro E, Bezerra VR. Intervenções estimuladoras de mudança em cenários de educação na saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2024;29:e19792023.
- (5) Souza KOC, et al. Qualidade da atenção básica à saúde e vulnerabilidade social: uma análise espacial. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20200407.

INTERNACIONAL VIVÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR EM UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA CIDADE DE SÃO PAULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Juliana Mamani¹
Wellington de Sousa Lima
Jenyffer Rodrigues Ferreira
Tito Puglia Oliveira e
Raquel Aparecida Casarotto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (1), o trabalho pode ser considerado como eixo organizador da vida social, espaço de dominação e resistência dos(as) trabalhadores(as) e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. Somando a esse cenário, o trabalho quando realizado em condições inadequadas, podem levar à insatisfação, cansaço físico e mental, problemas de saúde e acidentes de trabalho (2).

As Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) são setores essenciais no mercado de trabalho e englobam diferentes funções no mesmo ambiente. As atividades laborais são marcadas pelo uso excessivo de movimentos repetidos e sobrecarga mecânica dos membros superiores e da coluna, e também dos membros inferiores devido à manutenção da postura ortostática ou sentado no caso do setor administrativo. No geral, profissionais que têm uma predisposição a problemas de saúde, com destaque nas lesões por esforço repetitivo (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) (3).

Diante desse contexto, a ginástica laboral (GL) é uma atividade ofertada em algumas instituições como ferramenta de promoção da saúde do trabalhador, com objetivos amplos, que inclui a prevenção e redução dos impactos das doenças ocupacionais (2,4). Na UAN da capital de São Paulo, a GL é ofertada com tais finalidades, além de ser uma ferramenta combinada com a Educação em Saúde (ES).

OBJETIVO

Compartilhar as experiências e vivências dos residentes de fisioterapia;

Refletir sobre os modos de construção e aplicação da proposta de atuação no formato de grupo, considerando a saúde e dinâmica de trabalho dos funcionários desta UAN; Contribuir para área de conhecimento da saúde do trabalhador.

¹ Residente de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. E-mail: julianamamani97@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, durante o programa de Residência Multiprofissional, que ocorreu de março de 2024 até dezembro do mesmo ano, com os funcionários de uma UAN da capital de São Paulo. O convite foi realizado de modo verbal e com divulgação de cartazes no mural da própria unidade.

A GL combinada com ES foi a dinâmica central dos encontros, cada encontro teve duração de 30 minutos (10 min de ES, 15 min de exercícios ativos e 5 min de relaxamento). A abordagem foi em grupo e de modo voluntário, realizado duas vezes na semana, sendo, cada dia com dois grupos. Ao final da atividade a equipe ficou à disposição dos funcionários.

No geral, o estudo ocorreu nas seguintes etapas: 1º Reunião geral dos residentes; 2º Apresentação da equipe, levantamentos do temas e formas de relaxamento por parte dos funcionários e residentes; 3º Construção do cronograma de 2024 considerando os temas levantados (doenças crônicas não transmissíveis, alterações musculoesqueléticas e etc.) pelos residentes e 4º Feedback e encerramento de atuação neste campo de prática. Ao todo foram realizados 54 encontros de GL combinado com ES com participação de 523 funcionários no decorrer do estudo.

RESULTADOS

A GL é ofertado como estratégia de minimizar os impactos do ambiente de trabalho, por exemplo, as dores musculoesqueléticas, os riscos psicossociais e promover estratégias de prevenção de doenças ocupacionais, no geral, ferramenta que apresenta benefícios na qualidade de vida dos trabalhadores, além de reduzir as despesas da gestão em relação ao afastamento dos funcionarios (2).

A Educação em Saúde desempenha um papel de extrema importância na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida da população. Por meio de estratégias educativas, tais ações contribuem para a formação da consciência crítica do cidadão, estimulam a tomada de decisão a respeito de seus problemas de saúde e favorecem a transformação do meio (5).

A combinação de ambas as ferramentas potencializa o processo de cuidado da saúde e tomada de decisão desses trabalhadores da UAN. Aspectos que estiveram presentes no processo de construção do cronograma de 2024, sendo construído de modo coletivo e de acordo com a dinâmica e demandas desses profissionais da unidade.

No bloco de educação em saúde os temas foram levantados pelos funcionários, onde o tema foi combinado com o momento dos exercícios ativos, além disso, a indicação de relaxamento também teve sugestão dos trabalhadores. Por sua vez, caracterizando a participação ativa dos residentes e funcionários.

Como feedback, a maioria dos funcionários relataram a disseminação das informações abordadas e dos exercícios para os núcleos familiares e os ciclos de amizade, além da mudança dos hábitos na rotina.

Nesse sentido, foi de grande relevância o formato de abordagem dos encontros nesta UAN,

pois permitiu transformações e promoção da saúde do trabalhador, processo de atuação que teve o diálogo e a construção coletiva como base.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O envolvimento dos residentes com o planejamento, organização e execução da dinâmica em grupo favoreceu o desenvolvimento do senso crítico-reflexivo, ampliação sobre a relação trabalho-saúde e seus impactos, aperfeiçoamento do trabalho em equipe, construção e troca de vínculo dos envolvidos e a compreensão sobre as diferentes realidades em um mesmo ambiente de trabalho. Além disso, foi possível aprimorar a compreensão sobre a importância e o papel da Fisioterapia na Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41).
- (2) Rossato LC et al. Prática da ginástica laboral por trabalhadores das indústrias do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Educ Física Esporte. 2013; 27(1):15-23.
- (3) Equi MB. Investigação de sobrecarga do sistema musculoesquelético em auxiliares de cozinha utilizando o método RULA e o mapa de desconforto postural. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
- (4) Moraes SS, Silva AO, Helbig E. Projeto da atividade educativa em nutrição e alimentação: Ginástica laboral em uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar. IV Seven International Congress of Health, Articles. jun. 2024.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Educação em Saúde: Diretrizes. Brasília, DF: MS; 1989.

LA RED DE OBSERVATORIOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (IPON): EL NEXO ENTRE EL CLIMA, LA ALIMENTACIÓN Y LA SALUD

Joana Carlos Bezerra¹

Carol Claudia Zavaleta-Cortijo

Ingrid Aratoma

Valeria Ancajima

Andrea Valdivia

INTRODUCCIÓN

El cambio climático ha sido identificado como una de las mayores amenazas a la salud humana y la seguridad alimentaria (1). Los impactos observados en los sistemas físicos y ecológicos durante el último siglo (que incluyen el aumento de las temperaturas, fenómenos meteorológicos extremos más frecuentes e intensos y alteraciones del ciclo del agua, que resultan en inundaciones, sequías e incendios forestales) son un anticipo de lo que vendrá (2). Al mismo tiempo que se producen estos cambios, la creciente demanda de recursos naturales seguirá aumentando la presión sobre los sistemas alimentarios, que ya están bajo tensión. Por ejemplo, se prevé que el cambio climático resulte en reducciones netas globales sustanciales en el rendimiento de los cultivos básicos (3), una disminución de las capturas pesqueras, menores concentraciones de nutrientes en los alimentos básicos (4), y un aumento de los precios mundiales de los alimentos. Estas amenazas a los sistemas alimentarios, la seguridad y la protección son posiblemente las mayores amenazas del cambio climático para la salud humana, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que una gran proporción de las muertes relacionadas con el clima estarán relacionadas con la alimentación, y un aumento del hambre y la malnutrición de más del 35% para 2050.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es presentar la Red IPON y el trabajo que se va implementar en Perú, Bolivia y Argentina. Para lograrlo, los investigadores forman y/o fortalecen alianzas existentes con pueblos y organizaciones indígenas. El proyecto tiene dos fases: la Fase Uno está dedicada a construir las alianzas que permitirán que el proyecto se lleve a cabo, mientras que la Fase Dos está dedicada a implementar el proyecto.

METODOLOGÍA

IPON se estructura en torno a un modelo de red diseñado para aprovechar y fortalecer la capacidad en las regiones socias, minimizar los viajes, potenciar el aprendizaje compartido y fundamentar

1 Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. E-mail: bezerra.joana@gmail.com

la investigación en las culturas y contextos específicos de las comunidades indígenas. Dentro de cada región, estableceremos Observatorios Indígenas, compuestos por observadores comunitarios, incluyendo líderes locales, ancianos y jóvenes de las regiones de estudio; observadores de políticas, incluyendo representantes de las autoridades sanitarias locales y regionales. Los Observatorios constituyen el principal vehículo para el diseño de la investigación, la recopilación de datos, el fortalecimiento de capacidades y el impacto, sustentando todos los componentes de la investigación. Por ejemplo, los observadores comunitarios actuarán como informantes clave y encargados de la gestión de registros, y los observadores de políticas documentarán las respuestas gubernamentales al cambio climático con respecto a los pueblos indígenas. Los investigadores locales que son CO-I y colaboradores en IPON coordinarán y gestionarán las observaciones en cada región.

RESULTADOS

Los pueblos indígenas han sido identificados como particularmente sensibles a los impactos del cambio climático debido a la inequidad socioeconómica, la marginación, las transiciones culturales que experimentan y la habitación en áreas que experimentan rápidos cambios (1). En todas las culturas, los pueblos indígenas a menudo comparten profundos vínculos sociales, culturales y espirituales con sus “tierras” (un término que captura los territorios indígenas en general, incluidos los entornos terrestres, acuáticos y espirituales asociados) y sus medios de vida, salud y bienestar están estrechamente vinculados a actividades como la caza, la pesca, el pastoreo, la búsqueda de alimentos, la recolección, la agricultura en pequeña escala, la cosecha y las prácticas de gestión de la tierra y el agua que se han desarrollado a lo largo de muchas generaciones. Las fuertes conexiones con la “tierra” traen consideraciones únicas para comprender y responder al cambio climático. Por lo tanto, los efectos indirectos del cambio climático en las relaciones interpersonales y ambientales, la experiencia de vida, las consideraciones espirituales, la familia, el parentesco y la historia oral son a menudo tan importantes como, si no más, los impactos más directos del cambio. Como administradores y guardianes de tierras que se cruzan con alrededor del 40% de todas las áreas terrestres protegidas y paisajes ecológicamente intactos (y el 28% de toda la superficie terrestre mundial), los pueblos indígenas también tienen un papel central en la detección y gestión del cambio.

CONSIDERACIONES

La adaptación climática se perfila como una prioridad en las regiones socias; sin embargo, nuestro propio trabajo y el de otros (2) destaca importantes deficiencias en la preparación para el cambio climático. Estas deficiencias reflejan una comprensión limitada por parte de los responsables políticos sobre el conocimiento indígena relacionado con los riesgos y las respuestas climáticas, la ausencia de evidencia sobre la eficacia de las posibles adaptaciones y un conocimiento limitado sobre cómo los factores no climáticos configuran el riesgo. IPON proporcionará información oportuna y pertinente para abordar estas necesidades, en consonancia con los procesos de toma de decisiones en curso y planificados. Las actividades específicas para promover el impacto incluyen la elaboración

de informes de políticas específicos que resuman los hallazgos de la investigación y las implicaciones políticas; reuniones presenciales programadas en torno a las visitas de campo.

REFERENCIAS

- (1) Pörtner H-O, Roberts DC, Tignor M et al. (editores). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2022.
- (2) Masson-Delmotte V, Zhai P, Pirani A et al. (editores). Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
- (3) Rosenzweig C, Elliott J, Deryng D, et al. Assessing agricultural risks of climate change in the 21st century in a global gridded crop model intercomparison. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111:3268–73.
- (4) Elbehri A. Climate Change and Global Food Systems: global assessments and implications for food security and trade. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2015.

LA RED SALUD TRABAJO EN LA CONSTRUCCIÓN DE 40 AÑOS DE ALAMES

Fátima Sueli Neto Ribeiro¹

Jorge Kohen

Jairo Luna

Fernando Tomasina

Francisco González Reategui

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de la Red Salud Trabajo (ST) ocurre en el acontecer histórico político de América latina y su expresión en la relación capital/trabajo, en el rol del Estado, el movimiento social y la lucha de los trabajadores es asumir la complejidad del escenario económico político de los años 1980 y la heterogeneidad de realidades en los países. En el año 1989 cae el Muro Berlín y en 1991 la URSS, el Consenso de Washington 1987-88, el crecimiento del neoliberalismo y acelerados cambios tecnológicos y en las comunicaciones.

La importancia de la medicina social en el pensamiento socio político sanitario y en particular en el campo de la salud y el trabajo señala por la necesidad de balance actual de la situación de salud de los trabajadores y su capacidad de respuesta para la situación histórica y política en cada país, eso es un desafío desde Alames en la vigencia histórica de la Red Salud y Trabajo y hay que posicionar actores actuales.

Desde los años 1990 vienen transitando este camino de construcción colectiva tanto teórica, como metodológica y política de la salud de los trabajadores. La centralidad de la categoría trabajo para la medicina social y la salud colectiva en América Latina (años 1970), con un contexto latinoamericano y mundial revolucionario, la revolución cubana y el desarrollo de los movimientos insurgentes en todos los países simultáneamente.

OBJETIVO

Recuperar la historia de la Red Salud Trabajo como espacio de Alames de construcción y soporte para un análisis crítico de la relación entre el sistema capitalista y su impacto en la salud de la población laboral, como expresión en la relación capital/trabajo.

METODOLOGÍA

A través de webinarios entre agosto y octubre de 2024, personas importantes para la medicina social presentaron la historia de Alames y la participación de la Red Salud Trabajo, además de las

¹ Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Participante da CISTT do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: fatsuerj@gmail.com

metodologías para el área, y los desafíos para el tema de precarización del trabajo, la cuestión de género, movimientos sociales y sindicales y las estrategias de los centros de investigación en diversos países de América latina.

RESULTADOS

Desde 1968, con Giovanni Berlinguer se destacó la necesidad de cambios en la visión de la salud (1). El movimiento crítico por toda América tenía en cuenta la importancia de la determinación social para la salud colectiva como un avance del concepto de medicina social, considerando que la medicina no era la disciplina central, llega a creación de ALAMES en 1984 en Brasil por el movimiento sanitario de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva con la influencia de la experiencia italiana y la necesidad de poner próximos países y experiencias.

En Brasil, bajo el paradigma de la medicina social, la crítica al modelo de salud ocupacional entendido como reglamento del capital se crea el concepto de Salud del Trabajador en consonancia con los principios del Sistema de Salud, un modelo de atención universal y con el no protagonismo social y un área con la lógica de la centralidad del trabajador y no de los técnicos (2).

La historia de la red ST resulta del encuentro de investigadores del espacio académico con el movimiento de trabajadores sindicalizados. El inicio fue 1985, en Costa Rica, con la Red Panamericana Salud y Trabajo para contribuir al estudio de la problemática de salud de los trabajadores, colaborar con la teoría y práctica de una política integral y vincular grupos. Desde Colombia en el 4 Congreso de ALAMES la Red ST empezó a actuar bajo los principios de ALAMES en todos los congresos con el protagonismo de Jaime Sepúlveda, ONG, Centros de Investigación, Universidades y las organizaciones de trabajadores de Costa Rica, Panamá, Colombia, Ecuador, República Dominicana y Perú. Apoyos de instituciones de USA, Canadá, Italia. El área ST se consolida en los retos legales en las constituciones nacionales de Venezuela, Ecuador, Argentina, Uruguay, Bolivia y Brasil.

CONSIDERACIONES

Los cambios en el mundo del trabajo incentivan fortalecer la lucha por un cambio civilizatorio frente a la crisis civilizatoria con guerras que exterminan países y elecciones cercanas al fascismo como Brasil, Argentina y EUA.

Salud Trabajo como una práctica social y enfoque en los cambios en el mundo del trabajo que han incrementado el proceso de acumulación de forma intensificada, desde el taylorismo hasta la flexibilización, precarización y el impacto creciente sobre los trabajadores, que avanza sobre su cuerpo y mente. Actualmente como resistencia al capitalismo cognitivo con sus características precarizadas y captura de subjetividad y las formas de organizar y vivir la vida.

Trabajo como determinante fundamental de la salud, sigue centrado en el desarrollo de la salud colectiva, pero necesita ampliar sus correlaciones con los movimientos: ambientales, de luchas de

género, raciales, indígenas, de derechos LGBTQ+ y de protección social universal. Consagrar la salud en el trabajo como un derecho humano.

REFERENCIAS

- (1) Berlinguer G. La salute nelle fabbriche. Stampa; 1977.
- (2) Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: aspectos históricos, avanços e desafios. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1963-1970.

LUTA ESTUDANTIL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ

João Vítor Almeida das Virgens¹

Sabrina Garcia Lamarão

Felipe Dias de Araujo Albuquerque

Thaís Ramos Freire

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Hospital Estadual de Sumaré (HES), atende cerca de 1 milhão de habitantes como nível secundário de atenção em saúde no SUS (1). Durante os 25 anos de existência, esteve sob gestão da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) que ofertou um trabalho de excelência: em 2006 o hospital recebeu o nível máximo de acreditação da Organização Nacional de Acreditação, em 2012 o nível máximo do *Canadian Council of Health Services Accreditation* e em 2022 foi eleito o melhor hospital público do Brasil (1, 2).

Além disso, o hospital cumpre um papel vital para a Unicamp e para a sociedade na produção de pesquisas promovidas pela universidade e formação de novos profissionais, já que oferece vagas para mais de 500 estudantes de nutrição, medicina, farmácia e enfermagem, além de 250 médicos residentes todos os anos (3).

Apesar da inquestionável qualidade e importância, o governo de Tarcísio de Freitas, insiste em realizar um chamamento público para abrir a gestão do Hospital para Organizações Sociais de Saúde (OSS), baseando-se em um questionamento jurídico realizado pelo Tribunal de Contas da União para ameaçar o convênio com a Unicamp e dar mais um passo na privatização do SUS, que resultará na queda da qualidade assistencial à população e precarização da universidade, que depende do hospital para realização de pesquisas e formação de profissionais.

OBJETIVO

Expor criticamente um dos diversos casos em que órgãos do SUS são ameaçados de serem privatizados, divulgando o acontecimento para a comunidade científica com enfoque na luta popular, principalmente estudantil, contra essa tendência neoliberal, visando o compartilhamento de conhecimentos e estratégias de enfrentamento.

METODOLOGIA

Frente ao ataque do governo contra o Hospital e à Universidade, em novembro de 2024, os alunos de medicina do Centro Acadêmico Adolfo Lutz (CAAL), informados sobre a situação por

1 Departamento de Saúde Coletiva (DESCOL), Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva (EENFSC) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: roberta_fdacosta@yahoo.com.br

alguns professores da faculdade, se reuniram com o superintendente do HES, Dr. Maurício Perroud, e iniciaram as mobilizações. Divulgaram inicialmente a situação para a comunidade acadêmica, com a produção de uma matéria no jornal “O Patológico”, um email para os docentes e discentes, publicações no instagram, além de reuniões com a diretoria da Faculdade de Ciências Médicas e com a Diretoria Executiva da Área da Saúde da Unicamp. Além disso, contactaram diretamente os outros Centros Acadêmicos dos cursos que fazem estágio no hospital e entidades como o Diretório Central dos Estudantes da Unicamp e a Diretoria Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina que passaram a compor a luta e o operativo organizado pelo *whatsapp*.

Em especial um *reels* publicado no instagram trouxe grande mobilização e conscientização sobre os acontecimentos. Grande parte da população, funcionários e alunos foram atingidos por esse meio e demonstraram apoio e interesse em compor o operativo e ajudar na luta de alguma forma, o que motivou a criação do abaixo assinado que atualmente conta com cerca de 3000 assinaturas. Para mais, houveram diversas ações de panfletagem, na universidade e nos arredores do HES, visando atingir mais trabalhadores do hospital e a população usuária.

Os discentes também contactaram parlamentares progressistas para auxiliarem na pressão política, como a vereadora Fernanda Souto (PSOL) que além do apoio jurídico fundamental para o maior esclarecimento dos acontecimentos, aprovou a moção nº 13/2025 (4) de apelo ao governador e promoveu a audiência pública na Câmara Municipal de Campinas no dia 11/03/2025. Em conjunto, houve a paralisação dos alunos de medicina (incluindo o internato médico), enfermagem, fonoaudiologia e farmácia, em que os estudantes realizaram pela manhã um ato percorrendo o campus da Unicamp e pela tarde fizeram panfletagens e mobilizações em frente ao HES para mobilizar funcionários e a população. De noite, a Câmara contou com a presença de aproximadamente 300 pessoas, na sua maioria estudantes da saúde.

Essas ações realizadas trouxeram certa visibilidade, mobilização popular acerca do tema, apoio de alguns mandatos e matérias produzidas em outros jornais (G1, CBN, Correio Popular, A verdade, Folha de São Paulo), mas até então a luta em defesa do HES ainda se encontra extremamente dependente do protagonismo do movimento estudantil, com setores institucionais da Universidade subservientes e o sindicato dos trabalhadores do hospital extremamente desmobilizado.

Por fim, ainda não se conseguiu uma manifestação aberta do Governo de São Paulo, apenas uma resposta da Coordenadoria da Gestão de Contratos de Serviços de Saúde em entrevista para a Folha de São Paulo, afirmando que o governo irá manter sua posição e realizar o chamamento público (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O cenário atual mostra a necessidade de se exacerbar a pressão política e mobilização popular em direção ao governo. Todavia, os estudantes mobilizados se encontram sobrecarregados com a extensa carga horária de seus cursos somada ao acúmulo de funções relacionadas à luta em si e outras atividades

da universidade, limitando a capacidade de ação, que é a cada dia mais urgente, já que o contrato entre o hospital e a Unicamp se encerra em julho de 2025.

O fato de boa parte dos cursos serem compostos por setores de classe média ou média alta também torna o processo de convencimento político para a mobilização de mais alunos difícil. Nesse sentido, o horizonte das próximas mobilizações envolve introduzir cada vez mais a luta popular e trabalhadora, apesar do sindicato desmobilizado, dentro do movimento, já que os usuários do serviço de saúde e trabalhadores do HES serão os primeiros prejudicados diretamente com a privatização.

REFERÊNCIAS

- (1) Leite LF. Unicamp corre risco de deixar gestão do Hospital de Sumaré. Correio Popular [Internet]. Fevereiro de 2025 [citado em 10 abril 2025]. Disponível em: <https://l1nq.com/A7cN4>.
- (2) Assessoria de Imprensa. Interior de SP tem primeiro hospital com certificado internacional de qualidade. Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. Novembro de 2012 [citado em 10 abril 2025]. Disponível em: <https://l1nk.dev/awflO>.
- (3) Candido M. Melhor hospital público do Brasil não tem contrato renovado e pode ser privatizado. Folha de São Paulo [Internet]. Abril 2025 [citado em 10 abril 2025]. Disponível em: <https://acesse.one/vFtBi>.
- (4) Campinas (SP). Moção nº 13, de 10 de fevereiro de 2025. Apelo ao Governador do Estado de São Paulo. Sistema de Apoio ao Processo Legislativo [Internet]. Fevereiro de 2025 [citado em 12 abril 2025]. Disponível em: <https://sapl.campinas.sp.leg.br/materia/435162>.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E IMPACTOS NA SAÚDE RESPIRATÓRIA NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marianna de Amorim Azeredo¹

Bárbara Van Stenn Proner Ramos

Bettina Rubin de Souza

Felipe Barboza Guimarães

Nivea Cristina Sena Costa

Vinicius Cupello Cajazeiras

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas, fortemente influenciadas pelo modelo capitalista de produção e consumo, representam um dos maiores desafios contemporâneos à saúde coletiva. Evidências científicas indicam que o aquecimento global e a intensificação de eventos climáticos extremos (como ondas de calor, enchentes e secas) afetam diretamente a qualidade do ar e contribuem para o surgimento ou agravamento de doenças respiratórias (1). Além disso, as transformações no uso do solo, a crescente urbanização e a desigualdade na distribuição dos recursos agravam os efeitos do clima sobre populações mais vulneráveis, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil (2). Nesse contexto, a investigação dos impactos das mudanças climáticas sobre a saúde respiratória tornou-se fundamental para embasar políticas públicas e orientar estratégias de mitigação e adaptação que promovam maior equidade em saúde. Neste trabalho, desenvolve-se uma revisão bibliográfica visando subsidiar a compreensão das inter-relações entre o aquecimento global, a qualidade do ar e as doenças respiratórias, com foco na realidade brasileira. A relevância da discussão articula-se ao compromisso internacional de enfrentar ameaças globais à saúde (2,3), viabilizando respostas mais eficientes e equitativas, bem como o desenvolvimento de ações que auxiliem a população brasileira a adaptar-se aos cenários climáticos futuros.

OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica sobre os impactos das mudanças climáticas na saúde respiratória da população brasileira, com ênfase na análise de dados provenientes de bases científicas (PubMed) e de informações oficiais (DATASUS, boletins epidemiológicos) (4), a fim de subsidiar o debate sobre estratégias de mitigação e adaptação.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma revisão bibliográfica nas bases PubMed, DATASUS (4), e em boletins epidemiológicos, utilizando os descritores em português e inglês relacionados a doenças respiratórias,

¹ Acadêmica do Curso de Medicina, Instituto de Educação Médica (IDOMED). E-mail: mariannaazeredo@gmail.com

mudanças climáticas e Brasil (por exemplo: “doenças respiratórias”, “mudanças climáticas”, “respiratory diseases”, “climate change”, “Brazil”). A busca restringiu-se a publicações dos últimos dez anos para abranger a produção científica mais recente e incluir estudos observacionais, revisões anteriores e documentos oficiais. Após a leitura dos títulos e resumos, selecionaram-se os artigos e relatórios que relacionavam explicitamente as variações de temperatura, eventos climáticos extremos e/ou poluição do ar com desfechos em saúde respiratória (hospitalizações, prevalência ou mortalidade). Cada estudo incluído foi analisado de acordo com: (1) tipo de desenho metodológico, (2) tamanho e características da população, (3) localização geográfica, (4) fatores climáticos avaliados e (5) principais resultados sobre o impacto em doenças respiratórias. Os resultados foram sintetizados de forma descritiva, buscando-se identificar lacunas de conhecimento, limitações dos estudos e principais tendências encontradas.

RESULTADOS

Os estudos selecionados apontam que o aumento das temperaturas médias e a variabilidade climática estão associados a maiores taxas de hospitalização por doenças respiratórias, especialmente em faixas etárias mais suscetíveis (crianças e idosos) (1,3). Em várias regiões brasileiras, evidenciam-se relações diretas entre picos de temperatura ou ocorrência de eventos extremos (ondas de calor, enchentes e estiagens prolongadas) e o agravamento de quadros de asma, bronquite e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (3). Alguns trabalhos mostram também que a intensificação de queimadas e incêndios florestais, agravada por períodos de seca mais frequentes, ocasiona aumento na concentração de material particulado fino e ozônio troposférico, ampliando a demanda por serviços de emergência (3). Em áreas urbanas, o efeito de ilhas de calor somado ao alto nível de poluentes veiculares intensifica sintomas respiratórios, com destaque para a Região Sudeste (4). Ainda que exista heterogeneidade metodológica e geográfica nos estudos, há consenso de que regiões historicamente mais vulneráveis – caracterizadas por menores recursos de infraestrutura e saneamento – enfrentam impactos maiores, reforçando a importância de políticas públicas voltadas à equidade (2,3). Por outro lado, a revisão identificou limitações quanto à disponibilidade de dados epidemiológicos e à escassez de avaliações de longo prazo que correlacionem explicitamente a progressão das mudanças climáticas com as dinâmicas de incidência de doenças respiratórias (1,3). Mesmo assim, os achados confirmam a relevância de integrarmos ações de vigilância em saúde e monitoramento das condições climáticas e ambientais como subsídio para intervenções preventivas e adaptações em nível local e nacional (2,4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A revisão indica forte correlação entre as mudanças climáticas, a piora da qualidade do ar e o aumento de agravos respiratórios no Brasil, sobretudo em populações já expostas a iniquidades socioeconômicas (3). Diante desse cenário, torna-se imprescindível reforçar pesquisas e aprimorar a vigilância epidemiológica e ambiental (2,4), para orientar políticas integradas que considerem tanto a mitigação das emissões de gases de efeito estufa quanto o fortalecimento dos sistemas de saúde. A busca por soluções equitativas, como estratégias de adaptação local e a inclusão de grupos mais vulneráveis nos

processos de planejamento, desponta como elemento fundamental para minimizar riscos e promover saúde coletiva diante dos desafios impostos pelo capitalismo e pelas mudanças climáticas.

REFERÊNCIAS

- (1) Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Geneva: World Meteorological Organization; 2021.
- (2) World Health Organization. Climate change and health [internet]. 2021 [citado em 2025 abr 27]. Disponível em: <https://www.who.int>
- (3) Romanello M et al. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. Lancet. 2022;400(10363):1619-1652.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET): DATASUS [internet]. [citado em 2025 abr 27]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E OS IMPACTOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES

Ozinelia Pedroni Batista¹

Frederico Felipe Costa Tebas de Freitas

Karine Mara Lelles Amaral

Liliane Graça Santana

Miriam Silva de Jesus Pereira

Thais Varanda Dadalto Silva

INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas estão gerando impactos indesejados no Brasil e no mundo, afetando de forma significativa o meio ambiente, a economia, os recursos naturais, as relações sociais e a população. Episódios climáticos extremos não podem ser vistos como meros ‘acazos naturais’. A sociedade precisa se preparar para mitigar esses problemas com medidas urgentes de médio e longo prazo, pois, caso o quadro atual não seja alterado, atingirá proporções catastróficas (1).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho, o impacto das alterações climáticas na saúde e segurança no trabalho, considerando a gravidade e magnitude dos seus efeitos, ocorre por meio de seis fatores de risco: calor excessivo, radiação ultravioleta, eventos meteorológicos extremos, poluição atmosférica nos locais de trabalho, doenças transmitidas por vetores e alterações na utilização de agrotóxicos na agricultura (2).

Embora o impacto das mudanças climáticas seja sentido globalmente, são as populações mais vulneráveis aquelas mais afetadas. Portanto, o debate sobre os impactos das mudanças climáticas na saúde da população trabalhadora torna-se essencial, a fim de planejar políticas públicas condizentes com as perspectivas futuras.

OBJETIVO

Este relato de experiência tem por objetivo descrever as medidas adotadas pelo Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NEVISAT) do Estado do Espírito Santo (ES) visando identificar os trabalhadores expostos a situações extremas agravadas pelas mudanças climáticas, bem como orientar esses trabalhadores vulneráveis sobre os possíveis impactos e as medidas de proteção a serem adotadas em caso de calor extremo ou ondas de calor, e desastres hidrológicos como as inundações.

METODOLOGIA

À medida que foram surgindo demandas de situações de risco decorrentes de mudanças

1 Enfermeira do Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NEVISAT) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. E-mail: ozineliabatista@saude.es.gov.br

climáticas extremas, o NEVISAT buscou orientar, por meio de notas técnicas e planos de contingências, os gestores, empregadores e trabalhadores a respeito dos impactos à saúde e medidas de prevenção.

Em janeiro de 2024, momento em que o estado vivenciou uma onda de calor extrema, foi elaborada uma Nota Técnica (NT), que teve como público-alvo categorias de trabalhadores como pescadores, ambulantes, carteiros, catadores, garis, trabalhadores da construção civil, agentes comunitários de saúde e de endemias, guardas de trânsito, entre outros.

Nela, foram destacados os principais sintomas da exposição ao calor, tais como insolação, desidratação, exaustão térmica, agravamento de doenças crônicas, queimaduras, choque térmico, edema e alterações vasculares, de maneira a permitir que empregadores e trabalhadores reconhecessem sinais de risco.

Ainda, na NT recomendou-se como principal medida de prevenção evitar o trabalho exposto ao sol, especialmente entre 10h e 16h. Caso a exposição fosse inevitável, sugeriu-se programar atividades mais pesadas nos horários mais frescos ou inserir pausas durante o expediente. Também foi indicado o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como chapéus, óculos escuros, camisas de mangas longas e protetor solar, além de garantir hidratação adequada. Além disso, foi orientado o monitoramento da temperatura interna dos estabelecimentos e o uso de medidas como toldos, ventiladores e climatizadores para reduzir a exposição solar.

Outra experiência vivenciada no estado, que vem se repetindo anualmente cada vez em maiores proporções, foi o desastre hidrológico decorrente de inundações. Foram emitidas notas técnicas com orientações sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em situações de emergência em saúde pública por enchentes, e elaborados Planos de Contingência para o Enfrentamento em Situações de Desastres Hidrológicos do Estado do Espírito Santo, nos anos de 2022, 2023 e 2024.

Nestes documentos reforçou-se a necessidade de preparação antecipada para esses eventos, fornecimento de EPI, profilaxia de tétano acidental, o monitoramento e notificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho como as dermatoses, acidentes com animais peçonhentos, leptospirose e transtornos mentais relacionados a exposição de situações fatigantes e estressantes. O público-alvo destes Planos foram gestores públicos que devem implantar essas medidas em seus territórios, principalmente para categorias como bombeiros, profissionais de saúde e voluntários.

CONSIDERAÇÕES

As experiências acima relatadas foram desenvolvidas em momentos muito específicos, em que os efeitos das mudanças climáticas extremas impactaram significativamente o estado do ES. No entanto, considerando a magnitude e frequência desses eventos climáticos, a temática deve cada vez mais ser inserida no cotidiano das políticas públicas voltadas para a população trabalhadora. Desta forma, as ações de prevenção devem ser intensificadas e incorporadas por gestores, empregadores e trabalhadores em situação de normalidade a fim de mitigar as consequências das mudanças climáticas.

Para efetivamente assegurar a saúde e segurança dos trabalhadores não devemos perder de vista a perspectiva que norteia a Saúde do Trabalhador, que considera que os riscos devem ser eliminados, e na sua impossibilidade devem ser minimizados ou neutralizados. Portanto, o principal esforço global deve ser em eliminar os fatores de risco que estão levando à degradação do meio ambiente.

REFERÊNCIAS

- (1) Blank DM. O contexto das mudanças climáticas e as suas vítimas. Mercator (Fortaleza). 2015;14(2):157-172.
- (2) Organização Internacional do Trabalho. Mudanças climáticas criam graves riscos para a saúde de 70% dos trabalhadores [Internet]. 2023 [citado 2025 mar 9]. Disponível em: <https://www.ilo.org/pt-pt/resource/news/mudan%C3%A7as-clim%C3%A1ticas-criam-graves-riscos-para-sa%C3%BAde-de-70-dos-trabalhadores>

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E SUA RELAÇÃO COM A INSEGURANÇA ALIMENTAR E A INSEGURANÇA HÍDRICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA

Juliana Chaves Barbosa¹

Camilla Christine de Souza Cherol

Luziene Santos da Silva

Thainá Ferreira de Lima

Maria Luiza Barreto Medeiros da Silva

Júlia Nascimento Lobato

Karina Neves da Silva Telles

Juliana Salustiano da Silva Júlio

Rosana Salles-Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas reconhece como desafios urgentes a crise climática e as desigualdades sociais, pois afetam o acesso aos alimentos e à água (1). Elas comprometem a segurança alimentar (SA) ao impactar a agricultura, a saúde e os indicadores socioeconômicos. São problemas particularmente graves em regiões com desigualdades mais profundas, como América Latina e Caribe e países da África.

Os impactos das mudanças climáticas são desproporcionalmente sentidos no hemisfério sul, que, apesar de ter contribuído menos para o problema, é o menos capacitado para mitigar seus danos (2). No entanto, a velocidade, magnitude e impactos sem precedentes das mudanças climáticas são frequentemente percebidos como contrastantes com as respostas políticas na construção da crise climática (2).

Adicionalmente, as mudanças climáticas afetam diretamente a insegurança alimentar (IA) ao reduzir a disponibilidade e o acesso a alimentos e gerar um sistema alimentar instável. Além disso, o aumento da frequência de períodos de secas extremas ou chuvas excessivas intensifica as condições de insegurança hídrica (IH), especialmente nas populações mais vulneráveis. Assim, na medida em que a crise climática afeta a produção e o acesso aos alimentos, bem como, o abastecimento de água, torna-se um desafio à capacidade de adaptação e mitigação dos impactos na SA e hídrica naqueles mais afetados.

OBJETIVO

Apresentar uma revisão de artigos científicos sobre a relação entre mudanças climáticas, insegurança alimentar e insegurança hídrica.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: julianacbnut@gmail.com

METODOLOGIA

Revisão na literatura realizada em março de 2025 de estudos nacionais e internacionais sobre o tema mudanças climáticas e sua relação com a insegurança alimentar e insegurança hídrica. A busca foi conduzida na base de dados PubMed, empregando os seguintes descritores: *“climate change”*, *“climate change and water insecurity”* e *“climate change and food insecurity”*.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2010 e 2025, redigidos nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que apresentassem relação direta com os temas propostos. Excluíram-se estudos que não abordavam especificamente a conexão entre mudanças climáticas e os contextos de insegurança alimentar e hídrica, bem como aqueles publicados em idiomas distintos dos previamente estabelecidos.

RESULTADOS

Foram encontradas 649 publicações, das quais 34 foram selecionadas para leitura após a análise dos critérios de inclusão. Destes, 17 eram de países africanos e 4 de países da América Latina e Caribe e todos os estudos disponíveis no idioma inglês. Sendo assim, os trabalhos que abordaram a relação das mudanças climáticas com IH e IA foram mais prevalentes em países de baixa renda e que são desproporcionalmente afetados pelos efeitos das mudanças climáticas, que acentuam as desigualdades sociais, impactam seus sistemas alimentares e a disponibilidade de água potável.

No Peru (3), três meses após o evento de El Niño em 2017, a IA ainda estava alta, assim como as preocupações relacionadas à segurança alimentar, entre elas, a variedade limitada de alimentos, a impossibilidade de consumir os alimentos preferidos e dormir com fome. Esses fatores podem ser explicados pelos danos severos nas residências, a dificuldade de acessar alimentos, o alcance limitado da assistência humanitária e a pobreza crônica das áreas afetadas.

No Quênia (4), o período de seca entre 2020 e 2022 causou insegurança alimentar para aproximadamente 5,4 milhões de pessoas (10% da população). Essa crise hídrica e alimentar reflete um cenário comum em outras regiões da África, como na zona rural da Gâmbia (5), que após evento climático extremo, foram identificadas várias estratégias de adaptação, como a redução na higiene, alterações nos hábitos alimentares e o armazenamento de água por longos períodos.

Os eventos climáticos mais citados foram as inundações, as secas e o aumento da temperatura. Tratam-se de extremos climáticos que impactam diretamente a disponibilidade e a qualidade dos alimentos, comprometem a produção agrícola e dificultam o acesso à água potável, agravando os problemas de IA e IH.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os vínculos entre as mudanças climáticas, a IA e a IH são complexos, multifatoriais e amplamente reconhecidos na literatura científica. A presente revisão evidenciou que a crise climática

e a ocorrência crescente de eventos extremos como secas, inundações e elevação das temperaturas agravam significativamente os cenários de IA e IH, impactando de forma desproporcional às populações mais vulneráveis. Tais eventos têm provocado escassez de alimentos e água, desencadeando crises humanitárias com repercussões a longo prazo.

Embora muitos estudos se concentram nos efeitos futuros das mudanças climáticas, torna-se imperativo direcionar a atenção também aos efeitos já observados, com o objetivo de subsidiar o desenvolvimento de estratégias de adaptação robustas e baseadas em evidências. Para tanto, é essencial a articulação entre liderança governamental e investimentos estruturados em pesquisa, a fim de garantir a efetivação dos direitos humanos à alimentação adequada, à água e à saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Painel Intergovernamental sobre Mudança do Clima. Mudança do Clima 2023: Relatório Síntese. Brasília, DF: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; 2023.
- (2) Leal Filho W, Nalau J. Limitações da adaptação às mudanças climáticas. Editora Internacional Springer; 2018. Ebook.
- (3) Culquichicón C et al. Post-traumatic stress disorder, food insecurity, and social capital after the 2017 coastal El Niño flooding among mothers from Piura, Peru: A mixed method study. PLOS Glob Public Health. 2024;4(4):e0002996.
- (4) Rosinger AY et al. Mobility ideation due to water problems during historic 2022 drought associated with livestock wealth, water and food insecurity, and fingernail cortisol concentration in northern Kenya. Social Science & Medicine. 2024; 359:117280.
- (5) Bose I, Dreibelbis R, Green R, Murray KA, Ceesay O, Kovats S. Coping strategies for household water insecurity in rural Gambia, mediating factors in the relationship between weather, water and health. BMC Public Health. 2024;24(1):3150.

NEGRO DRAMA: RACISMO, TRABALHO E COVID-19

Raphael Barreto da Conceição Barbosa¹

Gisele O'Dwyer de Oliveira

Marcela Alejandra Pronko

INTRODUÇÃO

A crise da Covid-19 impactou severamente a classe trabalhadora, evidenciando o racismo como um traço estrutural da sociedade brasileira (1). Este estudo analisa como a população negra, historicamente em desvantagem em saúde, trabalho e renda, enfrentou condições ainda piores durante a pandemia, com a intensificação da superexploração laboral. Representando a maior parcela da população, pessoas negras ocupam, devido a questões históricas e sociais, as classes mais pobres (2). O racismo, como fenômeno social e histórico, remodela a estrutura social e cultural, operando de formas sofisticadas, especialmente em sociedades com passado colonial (3), como o Brasil. Para Fanon, o racismo é uma estrutura de poder que se expressa pela exploração e opressão econômica da população negra.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (4) destaca que o racismo resulta em piores indicadores de escolaridade, renda, moradia e saúde. Como determinante social do processo saúde-doença, o racismo impede o acesso pleno a direitos básicos, afetando alimentação, habitação, educação e emprego. Trabalhadores de serviços essenciais, majoritariamente da raça/cor negra, estiveram mais expostos ao vírus. Pesquisar o racismo durante a pandemia é crucial para a Saúde Coletiva, para compreender como, em períodos de crise, o racismo tende a se intensificar.

OBJETIVO

Desvelar manifestações de racismo no acesso ao trabalho e à renda durante a pandemia de Covid-19.

METODOLOGIA

Estudo transversal com dados da PNAD COVID19, realizada mensalmente em 2020 pelo IBGE. A coleta ocorreu entre maio e novembro de 2020, por telefone, usando um questionário estruturado. O desfecho foi a cor/raça autodeclarada (branca, preta, amarela, parda, indígena). Para análise do racismo, a variável foi recategorizada em brancos e negros (incluindo pretos e pardos), conforme o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010). As variáveis explicativas/de desfecho foram extraídas de todos os módulos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população negra destacou-se entre as pessoas ocupadas (52,5%; 53,2%) e desocupadas (57,7%; 57,4%) que trabalharam ou fizeram bicos na semana anterior à pesquisa. Entre quem não

1 Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. phaelbarreto2@gmail.com

possuía mais de um emprego, a maioria era negra (53,4%; 53,6%). No mercado de trabalho, os negros foram maioria entre os com carteira assinada (51,6%; 51,7%) e predominaram no trabalho informal (61,0%; 61,3%). Entre servidores públicos estatutários, a diferença racial foi pequena.

A população negra foi maioria em todas as funções, exceto como empregadores (29,0%; 30,0%), com destaque para trabalhadores domésticos (66,5%; 66,6%). Fora do mercado de trabalho, também foram maioria (67,2%; 68,2%). Em relação às horas trabalhadas, antes e durante a pandemia, os negros predominaram em todas as categorias, especialmente entre quem trabalhou mais de 60 horas (57,1%; 56,8%). No home office, foram minoria (34,4%; 34,7%).

No afastamento temporário, os negros destacaram-se, principalmente por motivos ocasionais (61,6%; 63,2%). Mantiveram-se como maioria entre os que receberam remuneração durante o afastamento (58,7%; 57,0%) e entre os que não receberam (59,9%; 57,3%). Também foram maioria entre os que trabalhavam sem remuneração antes da pandemia (66,2%; 40,2%).

Entre beneficiários do Bolsa Família (71,9%; 75,2%) e auxílios emergenciais (64,7%; 64,3%), os negros foram maioria. Apesar de serem os que mais solicitaram empréstimos (58,0%; 52,6%), foram os que menos tiveram pedidos atendidos (56,4%; 60,1%).

CONCLUSÕES

Com a evolução dos modos de produção, o racismo também se complexificou para persistir. Apesar de ser maioria populacional e na força de trabalho, a população negra permanece como minoria econômica, constituindo o proletariado brasileiro. Para sobreviver, vende sua força de trabalho em troca de baixos salários, longas jornadas e, muitas vezes, sem direitos trabalhistas, marcando a superexploração. Durante a pandemia de Covid-19, as desigualdades raciais no mercado de trabalho se aprofundaram, evidenciando o racismo como um problema estrutural. A crise exacerbou a exclusão e discriminação, destacando a necessidade urgente de políticas públicas que garantam acesso igualitário ao emprego, melhores condições de trabalho e proteção social.

Enquanto arma ideológica, o racismo divide a classe trabalhadora em negra e branca, desarticulando-a e impedindo a luta unificada contra as classes dominantes. A eliminação da ideologia racista só ocorrerá com o fim das relações sociais racistas, assim como a superação do racismo depende da superação do modo de produção capitalista. A transformação social exige a superação dessas estruturas opressoras.

REFERÊNCIAS

- (1)Barbosa RBC. Negro Drama: o racismo como determinante social no trabalho e na saúde. 2024. 141 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2024.
- (2)Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informativo Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

(3)Fanon F. Racismo e Cultura. Revista Convergência Crítica, 2018;13: 1-13.

(4)Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

O IMPACTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E AS TAXAS DE INCIDÊNCIA DA DENGUE: UM RECORTE EPIDEMIOLÓGICO ENTRE 2014 E 2024 DO MUNICÍPIO DE MACAÉ, RIO DE JANEIRO

Anna Clara de Melo Valeriotte Nascimento¹

Mariana de Oliveira Omena

Carolina Corbeceiri dos Reis

Ana Isabel de Sousa Urtiga

Alexia Eduarda Miranda Silva

Keven Cid Dias

Giulia Veloso Matias Santos

Francisco Roney Sousa Paiva

Michele Ribeiro Sgambato

Karla Santa Cruz Coelho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A dengue é uma arbovirose que representa um desafio para a saúde pública global. No Brasil tornou-se uma endemia, com número de casos superior a 1 milhão, nos anos de 2013, 2015, 2016 e 2019 (1). A temperatura regula a transmissão do *Aedes Aegypti*, que se reproduz entre 18-33°C. Os eventos climáticos extremos, como inundações, favorecem a reprodutibilidade e sobrevivência desse vetor, o que influencia nos eventos de sazonalidade (2). No ano de 2024, a vacina QDENGGA foi implementada no Programa Nacional de Vacinação, com aplicação para os grupos prioritários, sobretudo crianças e adolescentes de 10-14 anos, das regiões de saúde onde se concentra o maior número de hospitalizados. Em 2025, o Ministério da Saúde ampliou o esquema vacinal, com recomendação de remanejamento de municípios e faixa etária, para doses com validade próxima ao vencimento, considerando a situação epidemiológica. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2024, houve um aumento de 344,5% no número de casos de dengue, em nível nacional, das semanas epidemiológicas 1 a 26 de 2024, quando comparado ao ano anterior, configurando uma epidemia. A região sudeste registrou a maior incidência no período (4.739,8/100.000 habitantes) (3). Sendo assim, a alteração dos padrões climáticos, associado a urbanização e aos determinantes socioambientais caracterizam mudanças importantes na propagação da doença.

OBJETIVO

Analisar os dados epidemiológicos da dengue do município de Macaé (RJ) entre os anos de 2014 a 2024 e refletir sobre os impactos do aumento da incidência da arbovirose no município, por meio da perspectiva das mudanças climáticas na região.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico descritivo. Para a obtenção dos dados referentes aos casos de dengue registrados no município, foi utilizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do DATASUS. Em relação à população residente de Macaé, os dados foram coletados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2022, que totaliza 262.692 habitantes. A taxa de incidência mensal foi calculada pelo número de casos prováveis de dengue, do período entre 2014 a 2024, de acordo com o critério de mês de notificação, dividindo-o pela população da cidade e multiplicada por 100.000.

RESULTADOS

Em 2024, observou-se um aumento significativo na taxa de incidência de dengue em Macaé, que alcançou 2.314,1 casos novos por 100.000 habitantes. A análise das taxas de incidências mensais revelou um padrão de aumento de casos entre janeiro e maio, período caracterizado por altas temperaturas e chuvas intensas, fatores ideais para a proliferação do mosquito. Sendo assim, observou-se elevadas taxas de incidências nos primeiros meses do ano de 2024: fevereiro (444,6 casos novos/100.000 hab.) e março (544,4 casos novos/100.000 hab.). Ao comparar estes dados com o ano anterior, verifica-se uma taxa de incidência de 173,96 casos novos/100.000 habitantes. Nota-se um acréscimo de 1230% no número total de casos de dengue. No período de 2014 a 2024, a dengue se comportou como uma doença endêmica no município. As maiores taxas de incidência, além do ano de 2024, em ordem crescente, foram: em 2016 (608,69 casos novos/100 mil hab), em 2022 (462,89 casos novos/100 mil hab) e em 2015 (414,93 casos novos/100 mil hab). Segundo a Organização Meteorológica Mundial, o ano de 2024 foi o mais quente já registrado, com um aumento de 1,55°C em relação à era pré-industrial (4). Esse fator, somado ao fenômeno de El Niño de mudança do padrão de chuvas e temperatura nas Américas, contribuiu para condições climáticas favoráveis à disseminação do vetor. É necessário destacar que o capitalismo, fundamentado na exploração de recursos naturais em prol do lucro, tem contribuído para o agravamento do cenário das arboviroses. O aquecimento global, os desastres naturais, a urbanização crescente e a desigualdade social são consequências do modelo econômico vigente (5), e contribuem não apenas para a disseminação da dengue, como também intensificam a vulnerabilidade das populações mais pobres, perpetuando a exclusão e as desigualdades socioeconômicas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar do padrão da dengue ser cíclico, alternando em anos de maior e menor incidência, nota-se que em 2024, assim como no contexto nacional, houve um aumento relevante da incidência da dengue em Macaé, indicando uma epidemia. Sendo assim, é importante que os recursos municipais sejam direcionados à prevenção e controle da doença. Deve-se garantir ações no campo da vigilância epidemiológica relacionadas à saúde pública e o aumento da cobertura vacinal, além de políticas ambientais de modo a amenizar os impactos das mudanças climáticas e a proliferação do vetor, sob viés crítico em relação ao modelo capitalista vigente.

REFERÊNCIAS

- (1) Assunção LF et al. Sazonalidade na incidência da dengue no Brasil nos últimos 10 anos: Uma revisão epidemiológica. Braz. J. Implantol. 2025; 7(3):139-51.
- (2) Barcellos C, Matos V, Lana RM, Lowe R. Climate change, thermal anomalies, and the recent progression of dengue in Brazil. Scientific Reports [Internet]. 2024 Mar 11 [citado 2025 set 12];14(1):5948. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-56044-y>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. v. 5. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-11.pdf/view>
- (4) World Meteorological Organization (WMO). The State of the Global Climate 2024. Geneva: WMO; 2025.
- (5) Löwy M. Crise ecológica, crise capitalista, crise de civilização: a alternativa ecossocialista. Cad CRH. 2013 Jan;26(67):79–86.

O TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA SOB A ÓTICA DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

Elisangela Coco dos Santos ¹

Sabrina Santos Colodette

Adriana Ilha da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os processos de reestruturação produtiva, advindos das mudanças do capitalismo industrial, contribuíram significativamente para as transformações no mundo do trabalho, na sua forma de produção, no conceito e valor de mercadoria e nas formas de produção (1). Os processos produtivos da saúde, em consonância com o modelo industrial, têm sofrido mudanças estruturais significativas principalmente na alocação de seus trabalhadores. Na saúde pública cabe destacar que a Constituição Brasileira de 1988, garante o ingresso no serviço público mediante a concurso, provendo estabilidade. Na prática, os contratos seguem o modelo industrial precarizado. (2).

OBJETIVO

Descrever como as mudanças na reestruturação produtiva industrial tem impactado na mudança do trabalho na saúde pública.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a respeito da influencia da reestruturação produtiva industrial nas contratações para o trabalho no setor da saúde pública. Para tal foram utilizados artigos e livros virtuais e consultas a repositórios sobre o trabalho em saúde. Sob a ótica da reestruturação produtiva foram filtrados 02 artigos e do trabalho em saúde foram filtrados 04 artigos respectivamente, totalizando 06 referências. Após a seleção por título-resumo, passou-se a ordenação para a construção dos resultados.

RESULTADOS

O início do século XX, foi marcado pelo ciclo de crescimento industrial, desencadeando pelas transformações capitalistas, que continua a determinar o trabalho humano até os dias atuais, resultando em mudanças significativas no entendimento sobre trabalho e produção (1,3). A força de trabalho passa a ser um produto comercial, onde se questiona o valor de sua imaterialidade. Han ao retratar transformações do trabalho e da produção, ao apontar que a sociedade do trabalho e do desempenho não são livres, pois cada qual acaba por ser seu próprio explorador. Em uma sociedade liberal, onde o

1 Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: eliscoco@gmail.com

capital financeiro tem suma importância na vida individual, o tempo gasto em trabalho precarizado está sempre em primeiro plano (4). Em se tratando do segmento serviço, o contexto industrial é fonte de exemplo de dominação e precariedade trabalhista. O setor saúde, como parte desse seguimento, tem desconsiderando o trabalhador como pessoa e sim como mercadoria, o que aponta as reflexões de Merhy endossam que a força de trabalho e o ciclo de acumulação do capital, adotadas na esteira de produção foram adaptados para a realidade do trabalho vivo (5). Conceitos como verticalização, hierarquização e fragmentação colaboram para que os profissionais não se percebem como estrutura única e sim como categorias com diferentes tecnologias, saberes, processos e padronização (2,3). O produto desse trabalho não é matéria mensurável e sim o cuidado complexo, dinâmico, criativo e dependente das relações de encontro entre sujeitos (6). Nesse sentido Merhy, aponta o trabalho em saúde como cartografia viva que envolve o encontro entre trabalhador-sujeito, o que pode ser comprometido dentro da divisão imposta pelo modelo de produção capitalista (5,6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A reestruturação produtiva tem remodelado o núcleo tecnológico do cuidado, significando um novo padrão de produção e alterando a organização do processo produtivo, invertendo o núcleo do cuidado, compondo a hegemonia do trabalho vivo. Assim as transformações pautadas na fragmentação, flexibilização e redução do trabalho tende a impactar diretamente no cuidado, que deve ser visto para além da mercadoria produtiva. Como a produção do trabalho na saúde é baseada no cuidado, destaca-se a importância de estudos sensíveis as transformações no processo de trabalho e em suas relações com sua produção.

REFERÊNCIAS

- (1) Alves G. Dimensões da reestruturação produtiva. 2. ed. Londrina: Praxis; 2006.
- (2) Kantorski LP. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 1997; 5(2):5-15.
- (3) Martins MIC, Dal Poz MR. A qualificação de trabalhadores da saúde e as mudanças tecnológicas. PHYSIS. 1998; 8(2):125-146.
- (4) Han BC. Sociedade do Cansaço. Petrópolis: Vozes; 2015.
- (5) Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
- (6) Faria HX, Araujo-Dalbello M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde. Saúde Soc. 2010; 19(2):429-439.

OS LIMITES DA ALOCAÇÃO FINANCEIRA DE RECURSOS FEDERAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DO NOVO MODELO DO GOVERNO LULA (2023-2026)

Roberta Dorneles Ferreira da Costa Silva¹

Áquilas Mendes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), base para o Sistema Único de Saúde (SUS), é o modelo de cuidado e acesso à saúde que engloba um amplo conjunto de práticas integrais direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas. Desde a formação do SUS no Brasil se enfrenta o embate sobre o financiamento desse sistema, devido a políticas neoliberais no contexto da crise estrutural do capitalismo. Na APS uma cesta de cuidados primários instrumentalizou esse segmento, reconhecendo a necessidade de adequar o financiamento com sua máxima expressão operacional (1).

Diante da recente crise capitalista, o Brasil vive intensas medidas de austeridade fiscal, perpetuando o histórico subfinanciamento do SUS. A APS passou a ser explorada pela lógica do capital, favorecida por contrações dos gastos públicos, o que provoca redução no acesso à saúde e impacta negativamente a área (2).

Em 2024, com o terceiro Governo Lula, entrou em vigor a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 para instituir mudanças na metodologia de cofinanciamento federal do Piso da APS no âmbito do SUS e alterou o Programa Previne Brasil (governo Bolsonaro) extinguindo a Capitação Ponderada, o Pagamento Desempenho, o Incentivo Ações Estratégicas e a metodologia de classificação Rural-Urbano do IBGE. Esse novo documento estabeleceu 6 novos componentes, entre fixos e variáveis, sob o discurso da eficiência e da equidade (3).

OBJETIVO

A partir dessa perspectiva essa pesquisa buscará discutir criticamente quais os limites do novo modelo de alocação de recursos financeiros proposto pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, do Governo Lula, a luz da crise do capitalismo contemporâneo e da relação Capital-Estado no SUS.

METODOLOGIA

Será conduzida uma pesquisa exploratória descritiva, o estudo será amparado em pesquisa documental, bibliográfica e quantitativa, tendo como unidade de análise o conjunto normativo que delimita a implantação da Portaria GM/MS nº3493/2024, no conjunto de municípios brasileiros

1 Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. E-mail: simonepiccoli@usp.br

(5.570), no período de 2024 a 2026. A condução será sistematizada em extração dos dados, análise individual por período e análise comparativa entre períodos.

O período escolhido contempla o primeiro ano de transição da Portaria em relação ao regime anterior de financiamento (período entre maio de 2024 e abril de 2025), seguindo 12 meses após sua vigência plena (período entre maio de 2025 a abril de 2026). Será realizado análise estatística descritiva dos valores recebidos mensalmente por municípios e Distrito Federal nos dois momentos descritos.

As fontes de obtenção de documentos pertinentes serão o sítio eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde e do Ministério da Saúde. Os valores recebidos pelos municípios diretamente do Ministério da Saúde serão coletados em site oficial: e-Gestor Atenção Primária e Fundo Nacional de Saúde, valores líquidos, segundo competência mensal.

RESULTADOS

O subfinanciamento do SUS no Brasil é mantido por medidas austeras implementadas por um Estado subalterno, com marcos regulatórios que reforçam políticas de saúde alinhadas a um governo autocrático e a uma contrarreforma ultraneoliberal (4). A literatura sobre o financiamento da saúde pública no país revela a complexidade do tema, destacando o subfinanciamento estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da Constituição Federal prever a destinação de 30% dos recursos da Seguridade Social à saúde, isso nunca foi cumprido (2).

A partir de 2019, o Programa Previne Brasil alterou significativamente os repasses financeiros para a APS, extinguindo o Piso da Atenção Básica fixo, que garantia um valor per capita. A mudança introduziu a capitação ponderada e o pagamento por desempenho, com o objetivo de monitorar os resultados das equipes de saúde. A distribuição desigual de recursos no programa prejudicou muitos municípios, reforçou problemas históricos de fragmentação, lógica produtiva e relação frágil com as necessidades de saúde. O Previne Brasil formalizou práticas que priorizaram a eficiência e o desempenho, favorecendo a expansão do capital privado na saúde, configurando um “SUS Operacional” (4).

A Portaria GM/MS nº 3.493/2024, que institui 6 componentes, entre fixo e variável e extinguiu a captação ponderada e pagamento por desempenho, manteve alguns parâmetros de distribuição de recursos, mesmo que distribuídos em outros componentes. Ainda que o novo modelo tenha resgatado a priorização da Estratégia de Saúde da Família e retorno das Equipes Multiprofissionais, permanece a lógica de desempenho do Previne Brasil, afastando-se de um modelo de alocação que privilegie necessidades de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O novo modelo de alocação de recursos federal para a atenção primária à saúde do terceiro governo Lula trouxe mudanças de critérios privilegiando a retomada do Programa de Saúde da Família. Contudo, esse novo modelo segue a lógica do “SUS operacional”, reforçando critérios de desempenho

das ações e serviços de saúde.

Um modelo de financiamento redistributivo com compromissos reforçados com a equidade e o acesso universal à saúde fariam o SUS contribuir para a redução das desigualdades sociais e vulnerabilidades (2).

REFERÊNCIAS

- (1) Mendes A, Carnut L, Guerra LD. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42:224-243.
- (2) Mendes A, Leite MG, Carnut L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:77.
- (3) Brasil. Portaria Ministério da Saúde nº 3.493/2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html.
- (4) Melo MA. Críticas à nova forma de alocação dos recursos federais para a Atenção Primária em Saúde, Programa Previne Brasil, no Sistema Único de Saúde. Tese doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2024.

PERFIL DOS TRABALHADORES QUE SOFRERAM ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE PASSOS/MG (2018 A 2023)

Ana Livia Gonçalves Miranda¹

Maria Rita de Almeida

Anna Maria Meyer Maciel

Brener Santos Silva

Antônio Carlos Vieira Ramos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho constituem importantes agravos que atingem a saúde dos trabalhadores, apresentando-se como um sério problema de saúde pública, já que o trabalho tem um papel significativo nas condições de vida e saúde da população, no provimento do sustento dos núcleos familiares e no movimento da economia de um país (1). Dos acidentes de trabalho, um grupo se destaca, o de acidentes de trabalho com exposição ao material biológico, definido como todo caso de acidente ocupacional ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material orgânico potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio perfurocortante ou não (2). O Brasil, no período de 2018 a 2023, notificou 405.223 casos de acidentes de trabalho com exposição a material biológico (3). A ocorrência desse tipo de acidente em ambientes ocupacionais é multifatorial, relacionada ao nível de formação profissional, à idade do trabalhador, à capacitação e treinamentos apropriados e à cultura organizacional no trabalho (4,5). Frente a isso, torna-se cada vez mais necessária a compreensão das características dos acidentes de trabalho com material biológico, com reflexões e discussões que podem contribuir para a proteção dos trabalhadores e prevenção de agravos.

OBJETIVO

Descrever as principais características dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico em Passos/MG, no período de 2018 a 2023.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de Passos/MG, considerando todos os casos de “Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico” notificados junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2018 a 2023. Como critérios de inclusão, foram consideradas todas as notificações de acidentes de trabalho que envolveram material biológico, e como os critérios de exclusão, não foram consideradas as notificações de outras modalidades

1 Universidade do estado de Minas Gerais (UEMG), Unidade Acadêmica de Passos, Passos/MG. Bolsista do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa – PAPq/UEMG. E-mail: ana.2140113@discente.uemg.br

de acidentes de trabalho (que não envolveram material biológico) e notificadas em qualquer outro município que não fosse o de Passos. Os dados foram coletados por meio do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Em relação às análises, os dados foram organizados e analisados no Microsoft Excel, com o cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%). Por se tratar de um estudo que utilizou banco de dados secundário disponível em sistema de informação público, o estudo dispensou aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No período de 2018 a 2023, foram notificados 301 acidentes com material biológico em Passos/MG. O maior percentual de acidentes ocorreu no sexo feminino (71,1%), na faixa etária de 20 a 39 anos (80,4%), em pessoas que se autodeclararam brancas (68,1%). Em relação às características do trabalho das pessoas que sofreram acidentes, a maioria dos trabalhadores eram formalmente registrados (64,5%), sendo a ocupação que mais sofreu acidentes a de técnicos de enfermagem (32,9%) e enfermeiros (19,3%). Destaca-se que, apesar do predomínio de trabalhadores formalmente registrados, 43% dos acidentes não realizaram o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Sobre as circunstâncias dos acidentes, o tipo de exposição centrou-se como percutânea (61,7%), o material mais envolvido foi a agulha (45,3%) e a exposição a sangue esteve presente em 70,5% dos acidentes. Sobre as condutas no momento do acidente, 14,61% dos trabalhadores necessitaram de algum esquema antiretroviral (AZT+3TC, AZT+3TC + indinavir, AZT+3TC + nelfinavir, Imunoglobulina humana contra hepatite B, Vacina contra hepatite B). A recusa quanto a profilaxia com antiretrovirais foi de 1%.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados revelaram que os acidentes de trabalho com material biológico ocorreram majoritariamente em mulheres, jovens e pertencentes à classe da enfermagem, maior força de trabalho na área da saúde. O baixo percentual de preenchimento da CAT pode sugerir: falta de conhecimento sobre a importância desse documento para o empregado e o empregador, precarização nas relações de trabalho, impedindo a elaboração de estratégias e políticas de prevenção, promoção e assistência à saúde do trabalhador. Os resultados evidenciam que o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em Passos/MG é semelhante ao verificado em diversos cenários do Brasil. As causas desses acidentes englobam aspectos multifatoriais, sendo de extrema relevância a implementação de ações para a conscientização e educação em saúde, atuando como mecanismos primordiais na prevenção e proteção de acidentes ocupacionais, bem como na recuperação dos trabalhadores acidentados.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Exposição a materiais biológicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico - Notificações registradas no Sinan Net [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2025 abr 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/acbibr.def>
- (4) Julio RS, Filardi MBS, Marziale MHP. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. Rev Bras Enferm. 2014;67(1):119–26.
- (5) Bertelli C, Martins BR, Reuter CP, Krug SBF. Acidentes com material biológico: fatores associados ao não uso de equipamentos de proteção individual no Sul do Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2023;28(3):789–801.

POLÍTICAS SOCIAIS SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL: IMPACTOS DOS DISPOSITIVOS DE AUSTERIDADE FISCAL NA SAÚDE.

Débora Holanda Leite Menezes¹

Julia Barcelos Bittencourt

Lucas Cavachini Rodrigues

Matheus Oliveira de Paula

Priscila Gomes da Silva Napolitano

Sarah Lourdes Marçal de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O trabalho é fruto do projeto de pesquisa e extensão Universidade e Saúde, da Escola de Serviço Social da UFRJ. Ao refletir sobre a formação de trabalhadores da saúde, observamos que o Estado brasileiro assume a austeridade fiscal como retórica à condução das políticas sociais contemporâneas. A Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95) e o Novo Arcabouço Fiscal (2023) e a sua relação com as políticas sociais de saúde e educação são os objetos deste estudo. Esses dispositivos reatualizam a austeridade fiscal, direcionando os gastos públicos ao capital financeiro, mantendo o discurso neoliberal como ordenador da pauta econômica e social no Brasil. Ambas estratégias privilegiam o capital financeiro frente aos direitos sociais conquistados na Constituição Federal brasileira de 1988. A consequência dessa orientação nas políticas sociais é observada a partir de dois eixos: 1) subfinanciamento e desfinanciamento das políticas sociais, sobretudo saúde e educação; 2) formação profissional em saúde voltada para os interesses do mercado, em contraste a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

OBJETIVO

Buscamos problematizar os dois dispositivos de austeridade fiscal do governo brasileiro, com enfoque nos impactos à saúde e à educação. Os efeitos da política neoliberal é uma realidade desde a década de 1990 no Brasil, contrastando com as garantias constitucionais. Contudo, na contemporaneidade há um aprofundamento dos reajustes fiscais, que atingem de forma significativa a classe trabalhadora, transferindo recursos à acumulação de capital.

METODOLOGIA

A pesquisa tem abordagem de natureza qualitativa, sendo informada pelo método do materialismo histórico-dialético à compreensão das dinâmicas sociais. Partimos de uma revisão de literatura do tipo narrativa a partir dos temas: políticas sociais; neoliberalismo; austeridade fiscal;

1 Doutora em Política Social pela UFF. Professora Adjunta da Escola de Serviço Social (UFRJ). E-mail: debyholandaufrj@gmail.com

política de saúde e educação. Assim, estabelecemos diálogos com Behring, Boschetti, e Menezes e Leite (1-3), para problematizar as relações entre as políticas sociais e os processos de austeridade fiscal. Atrelado a isso, realizamos uma análise documental da Emenda Constitucional 95 e do Novo Arcabouço Fiscal. Além disso, observamos os dados orçamentários da União e relatórios da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES). Os documentos foram problematizados a partir da bibliografia levantada na revisão narrativa, assim pudemos apreender as dinâmicas que se reatualizam para dar continuidade a égide neoliberal.

RESULTADOS

Após o golpe de 2016, há um recrudescimento das medidas neoliberais no país com a EC 95, congelando os investimentos destinados à Seguridade Social por 20 anos. Durante os debates de transição do governo Bolsonaro à Lula, foi aprovado o encerramento da EC 95. No entanto, essa decisão não significou o fim da austeridade fiscal, visto que a nova proposta de regulação do orçamento chamado de “Novo Arcabouço Fiscal” (NAF) não a supera, apresenta-se como uma flexível sucessão. O NAF é apresentado sem o debate prévio com a classe trabalhadora e desde o início não propõe representar seus interesses (4). O NAF tem como objetivo: garantir a estabilidade macroeconômica e o pagamento da dívida pública e, em caso de não cumprimento do superávit primário, restrições das despesas públicas. Essa medida, mesmo que mais flexível do que a EC 95, continua alinhada aos preceitos neoliberais. Alguns dados revelam os efeitos da EC 95, com o NAF apontando para o mesmo horizonte, são eles: evasão estudantil na educação superior batendo recorde de 2,3 milhões de alunos em 2021 (5), desvio orçamentário de 30% da Seguridade Social para o Orçamento Fiscal (6), redução de 300 milhões no orçamento das Universidades Federais em 2024 (7). Além disso, a expansão da EBSEH, que submete os Hospitais Universitários a modelos gerencialistas e restringe a autonomia pedagógica das Instituições. Por fim, no âmbito da formação dos profissionais da saúde, reconhecemos que para além do debate da precarização e do sucateamento da educação pública, é necessário indicar qual projeto de formação vem sendo priorizado, a saber: o do mercado. Este deveria ser o horizonte da universidade pública: ter os valores do SUS como pilar à formação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O processo sustentado pelo tripé: subfinanciamento, financeirização e privatização, iniciado em meados dos anos 90, é adensado com a EC 95 e perpetuado pelo NAF. Esses geram consequências imediatas na vida da população brasileira, com a perda de direitos sociais e a sua derivada mercadorização. Além disso, observamos efeitos ideológicos sobre a classe trabalhadora a partir do discurso do ajuste fiscal nas contas públicas, tomando a austeridade fiscal como panaceia. Consideramos que a auditoria cidadã da dívida pública brasileira pode ser um caminho para a construção de relações menos desiguais e redistributivas no âmbito das políticas sociais.

REFERÊNCIAS

- (1) Behring ER. Fundo público, valor e política social. São Paulo: Cortez; 2021.
- (2) Boschetti I. Expropriação de Direitos e Reprodução da Força de Trab. In: Boschetti I, organizador. Expropriação e direitos no capitalismo. São Paulo: Cortez; 2018.
- (3) Leite Menezes DH, Leite JL. A nova configuração da política de saúde no Brasil: o Rio de Janeiro como lab. Rev Polít Públicas. 2016;20(1):121-36.
- (4) Salvador E. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. Argumentum. 2024;1(1):6-19.
- (5) Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras. Evasão e educação superior: 2,3 milhões abandonaram curso superior em 2021. São Paulo: CRUB; 2023.
- (6) Souza G. Financeirização da vida e políticas sociais: uma breve análise do avanço do capital portador de juros sobre os recursos dos direitos do trab. In: Behring E, et al. Fundo Público, Orçamento e Política Social. Curitiba: CRV; 2023. p. 101-16.
- (7) Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. Nota da ANDIFES sobre o orçamento das universidades federais de 2024 [internet]. 23 dez. 2023. Disponível em: <https://encr.pw/ORXv6>

PROMOVENDO REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO CAPITALISMO DEPENDENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Valentina Sofía Suárez Baldo¹

Thauanne de Souza Gonçalves

Thaís da Silva Freitas

Daiane Carvalho de Oliveira

Inês Leoneza de Souza

Juliana Roza Dias

Carlos Alberto Grisólia Gonçalves

Arthur Lobo Costa Mattos

Amanda de Lucas Xavier Martins

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O projeto de extensão intitulado “Promovendo reflexões sobre o mundo do trabalho no capitalismo dependente: a situação das profissionais do Serviço Social e da Enfermagem”, cadastrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pretende propiciar espaços de reflexão e dialogar com profissionais e estudantes das duas categorias profissionais sobre as peculiaridades do mundo do trabalho em um país dependente como o Brasil. O marco teórico se fundamenta na Teoria Marxista da Dependência (TMD), que propõe uma compreensão sobre a participação subordinada dos países da periferia do capitalismo no sistema mundial e busca investigar, desde um ponto de vista crítico, as tendências particulares que se desenvolvem em formações sociais do capitalismo dependente.

A TMD destaca a transferência de valor de países periféricos para nações do capitalismo central como um dos principais mecanismos da dependência (1). A perda de riqueza derivada da necessidade de transferir valor obriga os países dependentes a praticar um mecanismo compensatório, também fundamental para a manutenção da dependência: a superexploração da força de trabalho. Caracterizada especialmente pelo pagamento pelo trabalho abaixo do seu valor, prolongamento da jornada e aumento da intensidade do trabalho além de limites normais, a superexploração provoca o desgaste prematuro de trabalhadoras e trabalhadores (2).

OBJETIVO

O projeto busca propiciar reflexões sobre o mundo do trabalho e estimular o pensamento crítico na prática e na formação do Serviço Social e da Enfermagem. O público alvo é constituído por profissionais e estudantes de duas categorias integradas em maior medida por mulheres negras, que

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. E-mail: valentinassb@hotmail.com

vêm sofrendo condições de trabalho precárias. Pretende-se estimular a reflexão sobre a superexploração da força de trabalho e desvelar seus impactos nas categorias profissionais elencadas.

METODOLOGIA

O projeto, vinculado à Faculdade de Serviço Social (UERJ), tem desenvolvido atividades que abordaram, de forma crítica, a superexploração da força de trabalho no setor saúde, com ênfase na Enfermagem e no Serviço Social, articulando ações com o Projeto de Extensão Promoção da Democracia no SUS (FEN/UERJ) e com o Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade, Estado e Mercado - SEM (IMS/UERJ). Tem sido executado em 2024 e 2025, através da:

- Realização de cursos e oficinas com estudantes e profissionais da saúde em mostras científicas, encontros e congressos.
- Apresentação de trabalhos em congressos e publicação de artigos científicos que buscaram analisar diversos indicadores de superexploração da força de trabalho na saúde, como os baixos salários e as jornadas longas e intensas.
- Entrevistas publicadas em meios de divulgação científica.
- Comunicação das ações do projeto e divulgação de material acadêmico e jornalístico nas redes sociais.
- Elaboração e distribuição de material informativo acerca da TMD e seus principais conceitos, que propõe, também, uma leitura sobre as condições de trabalho precarizadas de enfermeiras e assistentes sociais.
- Apresentação de pôster do projeto na mostra 33º UERJ Sem Muros (2024).
- Apoio na organização de uma disciplina de pós-graduação sobre Economia Política da Saúde sob a ótica da TMD (IMS/UERJ, 2024).

Participam docentes e estudantes de graduação, mestrado e doutorado da UERJ e de outras universidades. O projeto conta com uma bolsista estudante do curso de graduação em Serviço Social que desenvolve atividades relacionadas ao apoio na organização das ações de extensão, à produção de materiais didáticos e à comunicação via redes sociais.

Integra saberes das Ciências Sociais, Saúde Coletiva, Enfermagem e Serviço Social, articulando a TMD com análises concretas sobre trabalho e saúde. Essa perspectiva interdisciplinar potencializa análises críticas e permite compreender a superexploração da força de trabalho como questão que impacta diretamente enfermeiras e assistentes sociais.

O projeto tem estimulado a conscientização sobre as relações entre capitalismo dependente e precarização laboral, instrumentalizando profissionais para a defesa de melhores condições e processos de trabalho. A produção de subsídios técnicos tem buscado contribuir para: a denúncia da superexploração nas categorias profissionais elencadas; mudanças na percepção dos participantes das

ações do projeto acerca dos seus direitos e potencial de organização coletiva; e a qualificação do debate sobre valorização profissional.

Procurou concretizar a tríade universitária ao integrar:

- O ensino, através da problematização teórica na disciplina e nos cursos e oficinas.
- A pesquisa, com a sistematização de dados sobre trabalho, em parceria com o Grupo SEM, através de um projeto financiado pelo CNPq.
- A extensão, nas ações com estudantes e profissionais da saúde, e na divulgação de conhecimento científico através de entrevistas e das redes sociais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto de extensão, cuja experiência é relatada neste trabalho, espera contribuir para a compreensão das consequências que a dependência impõe aos países que a sofrem. Valoriza a interdisciplinaridade e o diálogo entre diferentes áreas de conhecimento para revelar como o mecanismo da superexploração da força de trabalho se materializa. Escolhe o caminho da extensão por considerá-la um espaço privilegiado para a práxis que estas temáticas demandam, e por reconhecê-la como essencial para alcançar o caráter socialmente referenciado que a universidade pública deve assumir. As ações do projeto evidenciam como a universidade pode produzir saberes relevantes e acessíveis, articulando rigor teórico e compromisso social, ao gerar conhecimento acerca da caracterização da força de trabalho no setor saúde; metodologias pedagógicas e de divulgação; e impactos na comunidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Marini RM. Dialética da Dependência. *Germinal Marx E Educ Em Debate* [Internet]. 2017 Dez 16 [citado 2023 Out 23]; 9(3):325-56. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648>.
- (2) Luce MS. Teoria marxista da dependência: problemas e categorias. Uma visão histórica. São Paulo: Expressão Popular; 2018.

PROPUESTA DE INCREMENTO DEL IMPUESTO AL RON EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: LA POSICIÓN DE LA INDUSTRIA EN DETRIMENTO DE LA SALUD PÚBLICA

Francini Placencia¹

Federico Tavárez

Penélope Collado

INTRODUCCIÓN

El surgimiento del sujeto privado, guiado por fines particulares, predominantemente mercantiles, supuso el inicio de una imparable desviación del accionar del sujeto comunitario, centrado en la búsqueda del bienestar colectivo, lo que ocasionó, en términos históricos, la primera gran derrota de los derechos humanos (1). En lo atinente al derecho a la salud, las tensiones entre los intereses privados y los públicos ponen de manifiesto que los primeros prevalecen debido al poder de los actores que los defienden, en detrimento del bienestar y la calidad de vida de la población.

Uno de los ámbitos en los que se verifica el desbalance de las fuerzas entre ambos sectores es el consumo de alcohol. A pesar de que se ha acumulado evidencia que relaciona la ingesta de esa sustancia psicoactiva (2) con serios daños a la salud, al bienestar social y a la productividad, los esfuerzos de la salud pública para regular su publicidad y su venta se enfrentan a la férrea oposición de la industria de bebidas alcohólicas (3).

El reciente intento de incremento del impuesto al ron, incluido en el conjunto de medidas de la propuesta de modernización fiscal presentada por el Gobierno de la República Dominicana en octubre de 2024 (4) ofrece un claro ejemplo de las estrategias empleadas por esa industria para defender sus utilidades.

OBJETIVO

Evaluar la narrativa de los productores locales de ron y de las instituciones responsables de la defensa de la salud durante la vigencia de la propuesta de reforma fiscal. Se examinan las posturas de ambos actores, se contrastan las cifras de muertes por intoxicación por metanol referidas por la industria con las de las fuentes oficiales y se analizan los argumentos del sector privado sobre el impacto del aumento del impuesto al ron en el consumo de alcohol adulterado.

METODOLOGÍA

Estudio basado en datos e informaciones de fuente secundaria. Se realizó un análisis retrospectivo de cobertura mediática (media monitoring), empleando las metodologías conteo de frecuencia y análisis

1 Docente de la Escuela de Salud Pública, Universidad Autónoma de Santo Domingo; miembro de ALAMES República Dominicana. E-mail: fplacencia61@uasd.edu.do

de contenido, para examinar las noticias publicadas en los periódicos de la República Dominicana desde el anuncio de la reforma fiscal, el 7 de octubre de 2024, hasta su retirada por el Ejecutivo, 12 días después, por carecer de consenso. La evaluación comprendió los cinco medios de comunicación con mayor prestigio digital, seleccionados a partir del ranking de la reputación web de los medios a nivel mundial. Se consultaron, además, las páginas web y las redes sociales del Ministerio de Salud Pública y de instituciones con roles en la defensa de la salud pública. La posición de la industria del ron se comparó, mediante triangulación de fuentes, con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, así como con evidencias aportadas por estudios sobre las medidas para combatir el comercio ilícito de alcohol. Las estadísticas oficiales de las muertes por alcohol adulterado fueron obtenidas a través del Portal de Acceso a la Información Pública.

RESULTADOS

El conteo de frecuencia durante el periodo evaluado fue de 25 pronunciamientos de la industria del ron relativos a los efectos del incremento del impuesto sobre la mortalidad, clasificados en declaraciones (15); espacios pagados (5) y reseñas (5). En cuanto al análisis de contenido, cuatro fueron sus versiones de las muertes por intoxicación con metanol debido al consumo de alcohol adulterado (5): 1) el aumento del impuesto al ron en 2012 impulsó el mercado ilícito y causó más de 500 muertes; 2) la misma cifra se atribuyó al incremento de 2020 (sin especificar los años exactos de ocurrencia en ambos casos); 3) en 2020 se registraron más de 500 muertes; y 4) cientos de personas murieron en los últimos 18 meses. En contraposición, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y las alertas del Ministerio de Salud Pública reportaron 471 muertes entre 2017 y 2024, con 232 en 2020 y 200 en 2021, concentrando esos dos años el 91.7 % de los fallecimientos. En 23 de los 25 señalamientos, para un 92 %, la industria estableció una relación directa entre el incremento del impuesto al ron y el incentivo al mercado ilícito de bebidas alcohólicas.

Por parte de los actores de la salud pública (Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Salud, Seguro Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud) no se encontraron enunciados en sus páginas web ni en las principales redes sociales. La única referencia a este tipo de actor provino de ONG del sector salud y de algunas sociedades médicas especializadas que advirtieron que el aumento impositivo tendría un impacto limitado en la reducción del consumo de productos no saludables como las bebidas alcohólicas, azucaradas y cigarrillos electrónicos ya que se propusieron en un contexto de aumento generalizado de precios.

CONSIDERACIONES

República Dominicana aplica el impuesto selectivo al consumo de licores más alto de América Latina, lo que explica la oposición mediática de la industria ante nuevos gravámenes. Sin embargo, resulta llamativo que las cifras de mortalidad presentadas no fueran clarificadas por la autoridad sanitaria. Dado que el gasto por enfermedades crónicas, pérdidas laborales y accidentes de tránsito

vinculados al alcohol supera los ingresos por su tributación, se desaprovechó la oportunidad para discutir que las estrategias de reducción de su consumo solo son efectivas si afectan las ganancias de la industria y se complementan con otras medidas.

Si entre la elevación impositiva y el mercado ilícito no mediaran otras variables, las muertes por consumo de metanol habrían aumentado tras la importante reforma del 2012, en lugar de incrementarse en 2020-2021, periodo pandémico en el que el consumo de alcohol adulterado aumentó en 33 países del continente, independientemente de su situación fiscal.

REFERENCIAS

- (1) Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
- (2) Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022-2030 [Global alcohol action plan 2022-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024.
- (3) Siegel M, Lotenberg LD. Marketing public health: Strategies to promote social change. 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers; 2007.
- (4) Proyecto de Ley de Modernización Fiscal. Se modifica el artículo 1 de la ley n. 18-88, del 29 de enero de 1988, del impuesto sobre las viviendas suntuarias y solares urbanos no edificados [...]. 2014. Disponible en: www.hacienda.gob.do/wp-content/uploads/2024/10/Proyecto-de-Ley-de-Modernizacion-Fiscal-version-remision-Congreso-1.pdf

RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAIS E SUPORTE AO TRABALHO APÓS O PERÍODO DE ATIVIDADES REMOTAS SOB O OLHAR DE PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE BARBACENA - MINAS GERAIS

Débora Maria de Matos Ireno Dias¹

Juliana Cordeiro Soares Branco

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19, ocorrida de março de 2020 e março de 2023, trouxe mudanças significativas no mundo do trabalho e, no setor educacional, o trabalho remoto e/ou on line trouxe consequências sobre o agir docente. As pesquisas realizadas no início da pandemia e no segundo ano pandêmico por grupos de estudo e pesquisadores, mostravam o estado de saúde mental e a percepção de qualidade de vida dos docentes em diferentes cenários educacionais. Ainda, indicavam possíveis respostas e direcionamentos sobre como auxiliar este profissional e atualizar sua prática docente, além de ajudar a mapear o cenário educacional brasileiro diante daquela emergência sanitária.

À medida que as vacinas contra Covid-19 chegavam à população, as escolas voltavam a receber seus atores, reestruturando-se e se preparando para acolhê-los e suas famílias. Porém, de que forma nós, professores, retornávamos às salas de aula depois de meses trabalhando de forma remota e qual o suporte e apoio ofertado ao trabalho docente neste retorno?

Com esta indagação, surge a pesquisa realizada com docentes do Ensino Fundamental II na Rede Municipal de Ensino de Barbacena – MG, onde foi proposto analisar as percepções dos professores quanto ao suporte e apoio por parte dos gestores dos sistemas de ensino no retorno às aulas presenciais e os impactos sobre seu agir profissional.

OBJETIVO

Compreender qual o suporte ao trabalho pedagógico, à saúde física e mental foi ofertado aos docentes no retorno às aulas presenciais. Analisar documentos oficiais e a literatura que destacassem o apoio ao trabalho docente durante e após o trabalho remoto e entender de que forma esse suporte influenciou seu agir profissional e sua qualidade de vida. Por fim, investigar a visão do gestor escolar, a fim de saber quais os desafios que o mesmo enfrentou no retorno às aulas presenciais.

METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa abordou pesquisa bibliográfica sobre o tempo de trabalho docente no ensino remoto e após esse período. Abordou também, pesquisa documental para análise de documentos redigidos nas esferas municipal, estadual e federal referentes à Educação durante a pandemia. Foram

¹ Mestranda em Educação e Formação Humana – Faculdade de Educação/Universidade do Estado de Minas Gerais. E-mail: deboramatosireno@yahoo.com.br

aplicados questionários via Google Forms com questões abertas e fechadas para professores do Ensino Fundamental II da Rede Municipal de Ensino de Barbacena. For fim, análise de cartas narrativas com uma pergunta geradora enviada para um gestor escolar e cinco professores. O questionário foi divulgado em grupos de WhatsApp formados por professores do segmento em estudo e 18 docentes retornaram com suas respostas. Destes, cinco foram selecionados para responderem, via carta narrativa, sobre sua experiência no trabalho remoto e o retorno ao presencial. Ainda, pesquisamos sobre o papel do gestor escolar e seus desafios no período pandêmico, sendo selecionado uma diretora de escola para também narrar sua experiência à frente de uma instituição educacional. Os dados coletados no questionário e na carta narrativa estão analisados com base na análise de conteúdo de Bardin.

RESULTADOS

As pesquisas realizadas com o público docente nos tempos de pandemia, apontavam que o mesmo se encontrava mais adoecido e seu trabalho mais precarizado em comparação ao tempo pré pandemia (1). A literatura mostrou-se escassa quanto à dados relacionados ao retorno ao trabalho presencial. Os documentos oficiais, redigidos desde a esfera federal até a municipal (2), trouxeram indicações para atender à comunidade escolar tanto no trabalho remoto quanto no retorno ao presencial, sem apresentar políticas de suporte e acolhimento ao professor.

Os gestores escolares (3), a exemplo dos professores, precisaram reinventar seu modo de administrar, eles precisaram reinventar seu agir, sendo responsáveis desde a implementação destes decretos oficiais até a busca pelos alunos que evadiam das aulas remotas, passando pela manutenção e reestruturação dos espaços escolares no retorno ao trabalho presencial.

O retorno na Rede Municipal de Ensino de Barbacena, aconteceu a partir de setembro de 2021, após termos as vacinas contra Covid-19. Sobre este momento, os docentes que responderam à pesquisa mostravam-se mais ansiosos em relação ao período pré pandemia, além de uma sensação utópica sobre a valorização da nossa profissão, seguida de ausência de um acolhimento efetivo ao professor e de suporte ao seu trabalho pedagógico, suporte este foi traduzido na entrega no kit anti-Covid: álcool gel e máscaras. Relatam, ainda, a falta de apoio, preocupação e valorização institucional ao seu trabalho, além de relacionarem a percepção de qualidade de vida neste contexto à estruturação do trabalho – precarizado antes e após a pandemia – e suporte à saúde física e mental no ambiente laboral. Por fim, relatam não haver suporte ao trabalho pedagógico, seja no cuidado com a saúde mental, seja para a recomposição de aprendizagem junto aos alunos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Pesquisas realizadas ao longo do período pandêmico mostraram que o docente se encontrava mais adoecido e precarizado em seu agir em relação ao período pré pandemia. Ao retornar aos espaços escolares, após quase 2 anos atuando diretamente de suas casas, os professores encontravam-se ansiosos e temerosos para viver o novo contexto educacional. A pesquisa com docentes do Ensino Fundamental

II da Rede Municipal de Barbacena – MG, apresentou dados relativos ao seu estado de saúde e percepção de qualidade de vida, além da falta de suporte ao trabalho pedagógico e preocupação quanto à saúde dos professores. Ainda, os docentes se sentiram desamparados pela gestão educacional tanto no período de trabalho remoto quanto no retorno ao presencial, que a sua percepção de qualidade de vida estava atrelada a este suporte institucional, além da falta de valorização do seu trabalho.

Faz-se necessário novas pesquisas sobre o atuar docente, a saúde mental e percepção de qualidade de vida neste contexto educacional pós pandemia, a fim de serem elaboradas políticas públicas que atendam às demandas destes profissionais de forma efetiva, trazendo soluções e valorização real ao agir docente.

REFERÊNCIAS

- (1) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Grupo de Estudos sobre Política Educacional e Trabalho Docente. Trabalho Docente em Tempos de Pandemia [Internet]. Belo Horizonte: UFMG; 2020. Disponível em: https://gestrado.net.br/wp-content/uploads/2020/08/cnte_relatorio_da_pesquisa_covid_gestrado_v03.pdf.
- (2) Barbacena. Secretaria Municipal de Educação, Desporto e Cultura. Resolução nº 6, 2020: Estabelece normas para a oferta de Atividades Pedagógicas Remotas (não presenciais) aos alunos da Rede Municipal de Ensino de Barbacena/MG [Internet]. Barbacena: Diário Oficial Eletrônico do Município; abr. 2020. Disponível em: <https://www1.barbacena.mg.gov.br/portal/diario-oficial/ver/776>.
- (3) Couto Bueno E, Rosa Gama ME. Os desafios da gestão escolar frente à pandemia: uma análise do campo. Rev Bras Polít Adm Educ [Internet]. 2023;39(1). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rbpae/article/view/126929>

SAÚDE MENTAL, TRABALHO INFORMAL E CATAÇÃO DE RECICLÁVEIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ingrid Alves Silva Nascimento¹

Priscila Soraia da Conceição

Anaxsuell Fernando da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde mental é comumente definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas capacidades, enfrenta o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e contribui para a comunidade (1). Embora essa definição seja amplamente utilizada, ela reflete uma perspectiva ocidental que pode não abranger as diversidades culturais e contextos locais, estando relacionada ao conceito de colonialismo sanitário, em que padrões globais são impostos sem considerar as particularidades de cada população. No âmbito ocupacional, as condições de trabalho exercem impacto significativo na saúde mental, especialmente em profissões de alta vulnerabilidade e exposição a riscos (2). Destaca-se a atividade de catção de materiais recicláveis, em que os trabalhadores enfrentam condições precárias, como baixa remuneração, insegurança financeira, exclusão social e estigmatização. (3) A exposição a ambientes insalubres, com risco de acidentes e esforço físico intenso, contribui para uma carga emocional elevada e estresse crônico, fatores que podem desencadear transtornos como depressão e ansiedade (3). Apesar dos benefícios ambientais, sociais e econômicos gerados por esse trabalho, ainda há uma escassez de estudos voltados para a saúde mental dessa população. Compreender os desafios enfrentados pelos catadores é essencial para desenvolver estratégias de suporte e acolhimento que promovam o bem-estar psicossocial e melhorem as condições de trabalho dessa categoria.

OBJETIVO

Este estudo busca apresentar uma revisão bibliográfica sobre os principais problemas de saúde mental enfrentados pelas catadoras e catadores de materiais recicláveis e os fatores de risco associados a este trabalho

METODOLOGIA

Este estudo exploratório utilizou os descritores “mental health” e “waste pickers” para buscar artigos científicos nas plataformas PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science e Google Scholar. Foram selecionados 11 artigos publicados em português e inglês, com prioridade para publicações

1 Universidade Federal da Integração Latino-Americana. E-mail: contatoingridsilvaoficial@gmail.com

dos últimos cinco anos, a fim de garantir a atualidade das informações. A seleção dos artigos foi baseada na relevância para o tema, considerando estudos que abordassem a saúde mental de catadores de materiais recicláveis, seus fatores de risco e estratégias de intervenção. Após a triagem, os artigos foram analisados para identificar padrões, tendências e lacunas na literatura, contribuindo para uma compreensão abrangente do tema.

RESULTADOS

A catação de materiais recicláveis enfrenta condições de trabalho precárias que impactam diretamente a saúde mental. Esse trabalho, muitas vezes marginalizado, lida com baixa remuneração, insegurança alimentar e financeira, além de exposição a ambientes insalubres, como lixões e aterros sanitários. A estigmatização e o isolamento social aumentam o risco de sofrimento psíquico e até transtornos mentais, como depressão e ansiedade (4). Mulheres, jovens adultos e aqueles com múltiplos problemas de saúde são particularmente vulneráveis, apresentando maior prevalência de sintomas como tristeza, nervosismo, tensão e cansaço (4). A prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre catadores é alarmante. Um estudo na África do Sul identificou uma taxa de TMC de 37,5%, com fatores como gênero e uso de cigarro fortemente associados a esses transtornos (5). No Brasil, 8% dos catadores apresentam saúde mental adversa, com maior incidência entre mulheres e jovens adultos (4). Além disso, a falta de políticas públicas e suporte psicossocial contribui para a invisibilidade desses profissionais, perpetuando um ciclo de sofrimento e exclusão (5). Apesar de sua contribuição para a economia circular e a sustentabilidade ambiental, os catadores são frequentemente explorados por intermediários, que compram materiais recicláveis a preços baixos e revendem a empresas de reciclagem, sem garantir direitos trabalhistas (6). Essa dinâmica reforça a precariedade do trabalho e aumenta a vulnerabilidade dos catadores a transtornos mentais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A saúde mental entre responsáveis pela catação de materiais recicláveis é um tema de grande relevância socioambiental, mas ainda pouco explorado na literatura científica. As condições precárias de trabalho, o estigma social e a exposição a fatores estressores (7) constantes aumentam a vulnerabilidade dessa população a transtornos, como depressão e ansiedade. Diante desse cenário, pesquisas futuras podem aprofundar a compreensão dos impactos psicossociais do trabalho dos catadores e subsidiar ações eficazes para a promoção da saúde mental dessa população. Por fim, cabe afirmar que é fundamental o desenvolvimento de estratégias de atenção psicossocial e a implementação de políticas que promovam a inclusão social e a melhoria das condições laborais desses trabalhadores e trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization, et al. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [citado em 2025 mar 12]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-42940>.
- (2) Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. (ed.). Riscos na prostituição: Um olhar antropológico. São Paulo: Humanitas FFLCH/USP, 2003. 243 p. ISBN 8575060724.
- (3) Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Fem [Internet]. Out 2016 [citado 20 mar 2025];52:1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- (4) Santos J, Zolnikov T, Martins AC, Galato D, Couto GM, Santos J, et al. Difference of Gender on Adverse Mental Health and Associated Factors in Waste Workers in Brasília, Brazil in the Context of the Pandemic. ASEAN J Psychiatry. 2023 Nov;24(S3):1-12. Disponível em: <https://encr.pw/BOFBC>
- (5) Makhubele M, Ravhuhali K, Kuonza L, Mathee A, Kgalamono S, Made F, et al. Common Mental Health Disorders among Informal Waste Pickers in Johannesburg, South Africa 2018—A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019 Jul 23 [cited 2025 Mar 12];16(14):2618. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph16142618>
- (6) Burneo D, Cansino JM, Yñiguez R. Environmental and socioeconomic impacts of urban waste recycling as part of circular economy. The case of Cuenca (Ecuador). Sustainability [Internet]. 2020;12(8):3406. Available from: <https://doi.org/10.3390/su12083406>
- (7) Breilh Paz y Miño JE, Krieger N, ed., Breilh Ayora MC, trad. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana [Internet]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras; [citado em 2025 mar 20]. 367 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10644/9720>.

SAÚDE, CAPITALISMO E PANDEMIA: MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

Maria Eduarda Rebelo Santos¹

Fernanda de Oliveira Sarreta

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 evidenciou as profundas desigualdades do sistema capitalista no acesso à saúde, atingindo especialmente mulheres em situação de rua, majoritariamente negras e pobres. O conceito ampliado de saúde assegurado no Sistema Único de Saúde (1) contrasta com a realidade dessa população, que cresceu 26,7% entre 2020 e 2022 (2), sujeita à exclusão no modo de produção capitalista (3). Essas mulheres enfrentam violências interseccionais de gênero, raça e classe (4), com o racismo estrutural ampliando sua vulnerabilidade (5).

A pesquisa questionou como a pandemia aprofundou as iniquidades em saúde para essa população, já privada de direitos básicos. No Brasil, a Política Nacional para População em Situação de Rua (6) e o Consultório na Rua (7) representam conquistas, mas esbarram em barreiras institucionais e no estigma (8). Segundo o Relatório do IPEA (2), 63% da população em situação de rua relatou dificuldades no acesso a serviços de saúde durante a pandemia, sendo que apenas 28% conseguiram atendimento médico quando necessário (2). Essa realidade expõe as falhas estruturais de um sistema que reproduz desigualdades históricas, onde as barreiras institucionais e a falta de políticas específicas agravam a exclusão social.

A crise sanitária escancarou a urgência de políticas que combatam a precarização da vida imposta pelo capitalismo, racismo e patriarcado, garantindo equidade em saúde como direito fundamental.

OBJETIVO

Analisar os impactos da COVID-19 na saúde das mulheres em situação de rua, destacando a intersecção das desigualdades de classe, raça e gênero no contexto capitalista.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada entre 2022 e 2024 com apoio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que fomenta a formação de novos pesquisadores através de projetos vinculados a instituições de ensino superior. Trata-se de pesquisa qualitativa para abranger a compreensão do tema em sua totalidade, com estudo bibliográfico e análise documental e orientação do método dialético, conforme Minayo (9). Os procedimentos adotados foram estudos individuais e coletivos sobre o tema, com

1 Universidade Estadual Paulista. maria.rebelo-santos@unesp.br

participação em formação permanente e extensão acadêmica, orientações, reflexões e sistematização de informações e análise dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pandemia de COVID-19 evidenciou as profundas desigualdades sociais no acesso à saúde no Brasil, mostrando como as condições de raça, classe e gênero determinam quem tem direito à vida. Entre as mulheres em situação de rua, sendo 71% negras (10) e 68% vivendo com menos de meio salário mínimo (2), os impactos foram especialmente graves. Os dados oficiais revelam que essa população enfrentou uma taxa de mortalidade 10 vezes maior que a média nacional (11), com apenas 23% tendo acesso a testes para COVID-19 (12).

As desigualdades históricas se manifestaram de forma cruel durante a crise sanitária. Mulheres negras em situação de rua tiveram 2,1 vezes mais óbitos que mulheres brancas na mesma condição (13). A pesquisa mostrou que 89% dessas mulheres desenvolveram transtornos mentais durante a pandemia (14), enquanto 76% relataram aumento da violência de gênero (15). O acesso aos serviços de saúde mostrou-se extremamente precário, com 82% não recebendo kits de higiene básica (16) e as equipes do Consultório na Rua cobrindo apenas 34% dos territórios onde essa população vive (14).

Apesar dos esforços do SUS durante a pandemia, os resultados mostram que a proteção às mulheres em situação de rua ainda foi insuficiente. Para mudar essa realidade, é preciso combater o racismo, os cortes em políticas sociais e a violência contra a mulher. Sem enfrentar esses problemas de raiz, o direito à saúde continuará sendo negado a essas mulheres.

CONCLUSÕES

A crise sanitária revelou a face mais perversa das desigualdades: mulheres em situação de rua foram triplamente penalizadas pelo racismo, pela pobreza e pelo abandono estatal. Enquanto o vírus avançava, a ausência de políticas efetivas transformou a vulnerabilidade em sentença de morte. O descaso histórico com essa população se traduziu em números chocantes, maior mortalidade, menor acesso a cuidados e intensificação da violência. O racismo estrutural potencializou esta tragédia, colocando mulheres negras no topo das estatísticas de morte. O SUS, mesmo estrangulado por décadas de neoliberalismo, emergiu como trincheira de resistência. O Consultório na Rua revela que outra lógica de cuidado é possível, baseada na dignidade, não no lucro. Mas a pandemia provou que saúde universal só existirá quando rompermos com as cadeias do capital. A vida das mulheres em situação de rua clama por um projeto radical de sociedade, onde saúde não seja mercadoria, mas direito inalienável de corpos historicamente marcados para morrer.

REFERÊNCIAS

(1)Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Diário Oficial da União; 1990 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

- (2) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. População em situação de rua no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ipea; 2022 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>
- (3) Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo; 2013.
- (4) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD [Internet]. Brasil; 2022 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-poramostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=series-historicas>.
- (5) Antunias MH. Racismo estrutural e saúde pública no Brasil. 2. ed. São Paulo: Fiocruz; 2014.
- (6) Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua [Internet]. Diário Oficial da União; 2009 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes do Consultório na Rua [Internet]. Diário Oficial da União; 2011 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
- (8) Biscotto PR et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. Rev Esc Enferm USP. 2016;50:749-755.
- (9) Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
- (10) Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Cadastro Único para Programas Sociais: perfil da população em situação de rua 2021 [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2021 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf
- (11) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial n. 52: COVID-19 entre populações vulneráveis [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf
- (12) Silva LFN, Santos MER, Sarreta FO. Saúde da População em Situação de Rua: impactos e desafios da pandemia. Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (10); Simpósio de Serviço Social em Saúde (13). São Paulo: Proceedings Science; 2024.
- (13) Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Painel COVID-19: óbitos por cor/raça e situação de rua [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
- (14) Santos MER, Sarreta FO. Mulheres em Situação de Rua: uma análise da saúde mental e sua relação com os marcadores de gênero, classe e raça, na perspectiva do projeto ético-político do Serviço Social. Anais XV Mostra de Pesquisa do Grupo PETSS. Franca: UNESP; 2024.
- (15) Observatório da Mulher. Relatório Violência de Gênero 2022 [Internet]. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão; 2022 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/>
- (16) Rede Rua de São Paulo. Acesso a serviços de saúde pela população em situação de rua durante a pandemia [Internet]. São Paulo: Rede Rua; 2021 [citado em 20 de julho de 2025]. Disponível em: <https://www.rederua.org.br/>

SEM CLIMA, SEM COMIDA SAUDÁVEL: EXPERIÊNCIAS DE AGROECOLOGIA NO ENFRENTAMENTO ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS DESDE OS TERRITÓRIOS

Helena Rodrigues Lopes¹
Bruno Azevedo Prado
Angélica Patrícia de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A presente reflexão coloca em evidência a promoção da justiça climática por meio dos fazeres da agroecologia em territórios singulares. Nos dedicamos primeiramente a uma contextualização da problemática, de forma a demonstrar como o sistema agroalimentar hegemônico no Brasil e na América Latina tem sido um agente promotor das mudanças climáticas. O modelo agroalimentar pautado em monocultivos, transgenias e agrotóxicos, bem como as formas de uso da terra, com destaque para o desmatamento, é responsável pelas alterações climáticas, assim como por injustiças ambientais em áreas rurais e urbanas. Por meio de duas experiências, uma no Sul do Brasil e outra no Nordeste, o estudo apresenta como agricultores familiares, em atuação coletiva, têm criado mecanismos de adaptação, mitigação e de justiça climática, combinando defesa dos direitos à terra e ao território e da soberania e segurança alimentar e nutricional. Debate, assim, como essas lutas desde os territórios fornecem respostas diversas ao problema global e como podem contribuir na constituição de alianças, como com o campo da saúde.

OBJETIVO

De acordo com o pensador indígena Ailton Krenak, precisamos de novas histórias para “adiar o fim do mundo” (1). A partir de experiências de agroecologia de dois territórios, no Sul e Nordeste do país, partilhadas em atividade realizada pelo Grupo de Trabalho de Agroecologia e Justiça Climática, pertencente à Articulação Nacional de Agroecologia (ANA), o texto busca evidenciar como a agroecologia tem promovido a justiça climática e o enfrentamento às mudanças climáticas, mobilizando ações coletivas associadas à soberania e segurança alimentar e nutricional e ao direito à terra e ao território

METODOLOGIA

A agroecologia pode ser definida como um movimento social, um conjunto de práticas e uma

1 helenaeco.agro@gmail.com

2 A ANA tem trabalhado com agroecologia desde 2002 e é a principal organização dedicada a essa causa no Brasil. A ANA é uma rede nacional que envolve milhares de organizações da sociedade civil (OSCs), incluindo organizações não governamentais (ONGs), movimentos sociais, sindicatos de agricultores familiares, cooperativas, associações de mulheres, jovens e povos indígenas e redes locais

disciplina científica voltada para a revitalização e mobilização de recursos localmente disponíveis para garantir a resiliência dos agroecossistemas (2). O significado da agroecologia evolui continuamente, adaptando-se e reconstruindo-se em resposta a condições e realidades específicas, combinação que definimos como território. Assimetrias de poder no acesso à terra e ao território As mudanças climáticas precisam ser lidas à luz das dinâmicas assimétricas associadas ao modelo agroalimentar hegemônico. Em termos globais, 22% das emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE) vêm da agricultura, silvicultura e outros usos da terra (3). No caso do Brasil, mais de 70% vêm dessa categoria (4). Dados que permitem entender como o controle da terra pelo modelo agroalimentar hegemônico é inseparável às mudanças climáticas.

O impasse colocado é que, embora seja uma crise global que impacta a escala mundo, a forma como as populações e os territórios são afetados é distinta (5). A partir da justiça climática, propõe-se a reconhecer as assimetrias associadas às mudanças climáticas e a constituição de respostas coletivas a partir dos territórios. Experiências agroecológicas e emergências climáticas.

A primeira experiência é do Sul do Brasil que, em 2024, enfrentou suas piores enchentes em 40 anos. Em quatro dias, a região recebeu o equivalente a dois meses de chuva, deixando mais de 600mil pessoas desabrigadas. Uma questão crítica nessa região é o uso da terra, especificamente a conversão histórica da Mata Atlântica em monoculturas dependentes de pesticidas e transgenias.

De acordo com o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) houve uma perda grande de áreas de solo fértil. O grande fluxo de água também carregou agrotóxicos para as águas e solos. Entre as mais de 5mil famílias visitadas pelo MPA após as enchentes, foi identificado como as práticas agroecológicas utilizadas pelos agricultores - plantio direto, rotação de culturas e cultivo de sementes crioulas - contribuíram na manutenção da estrutura do solo. Apesar disso, houve também larga destruição de plantações de agricultores familiares: mais de 250 hectares de arroz orgânico foram completamente perdidos. Como parte da estratégia de recuperação, o MPA, em parceria com outros atores coletivos, tem organizado uma produção ampla de sementes tradicionais, com o objetivo de fortalecer a disponibilidade de variedades de alimentos e criar ambientes mais resilientes devido à adaptação das sementes às paisagens.

A segunda experiência é do semiárido brasileiro. Desde a década de 1970, agricultores familiares têm se organizado por meio de sindicatos rurais para a garantia de direitos. Esses sindicatos em parceria com as redes de agroecologia têm sido centrais para a vida digna no semiárido. Isso é significativo porque, por muito tempo, essa região foi considerada inadequada para a agricultura devido ao clima.

A Rede de Agroecologia do Território da Borborema, na Paraíba, é um dos atores promotores da agroecologia. A rede envolve mais de 4mil agricultores familiares e desenvolve iniciativas como a produção diversificada de alimentos, bancos de sementes e fortalecimento da autonomia das mulheres. Apesar dos avanços, o território tem sido recentemente alvo de empresas de “energia limpa”, em particular de energia eólica.

A substituição de combustíveis fósseis tem sido apontada por governos e empresas como solução para as mudanças climáticas. Todavia, não propõe revisões sobre as causas das mudanças climáticas ou sobre a geração de energias chamadas “limpas” que reproduzem o mesmo modelo de desigualdade, seja social ou ecológica.

A entrada dessas empresas tem sido marcada por violência. Para muitas empresas e até mesmo para o governo brasileiro, essas áreas são consideradas “vazias”, pois são habitadas por pequenos agricultores não aptos aos modelos hegemônicos agroalimentar e energético. Para a Rede de Agroecologia da Borborema, a chegada dessas empresas é uma ameaça ao trabalho da agroecologia e de promoção da soberania e segurança alimentar e nutricional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As experiências apresentadas revelam como as mudanças climáticas são experienciadas de forma distinta em cada território, considerando as diferentes percepções, paisagens e modos de vida. Apesar das singularidades, essas práticas estão conectadas por princípios compartilhados, sobretudo, no que se refere e ao direito à terra e território e à soberania e segurança alimentar e nutricional. Sem clima adequado e uso justo da terra não há produção de alimentos saudáveis – livre de agrotóxicos, transgênicos e também de conflitos e violências –, o que coloca em risco a possibilidade de vida, principalmente das populações mais vulnerabilizadas.

A luta por terra, território e pela soberania e segurança alimentar e nutricional evidencia-se como uma pauta estratégica diante das mudanças climáticas, interconectada à saúde humana e planetária. Por meio do cultivo de sementes tradicionais, da defesa da biodiversidade e do enfrentamento às injustiças ambientais, agricultores, povos e comunidades tradicionais defendem seus modos de vida e contribuem para a habitabilidade do planeta.

REFERÊNCIAS

- (1) Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2019.
- (2) Wezel A, Bellon S, Doré T, Francis C, Vallod D, David C. Agroecology as a science, a movement and a practice. A review. *Agron Sustain Dev*. 2009;29:503-15.
- (3) IPCC. Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Internet]. Geneva: IPCC; 2023 [citado em 2024 Jul 10]. p. 1-34. doi:10.59327/IPCC/AR6- 9789291691647.001.
- (4) Sistema de Estimativas de Emissões e Remoções de Gases de Efeito Estufa. Brasil: emissões por setor [Internet]. 2023 [citado 2024 Jul 10]. Disponível em: <https://plataforma.seeg.eco.br>
- (5) Sauer S. Questão eco-agrária: extrativismo agrário, mudanças climáticas e desmatamento no Brasil. *Rev NERA*. 2024;27(2). doi:10.47946/rnera.v27i2.10185.

TERRITÓRIOS EM RISCO: INTERSEÇÃO ENTRE DESASTRES AMBIENTAIS E VULNERABILIDADE SOCIAL EM DIFERENTES ESTADOS BRASILEIROS

Júlia Spínola Ávila¹

Ariana Leal Borges da Cruz

Salvador Ávila Filho

INTRODUÇÃO

Desastres são eventos disruptivos de origem natural ou antrópica que comprometem o funcionamento social, ultrapassando a capacidade de resposta local e exigindo assistência de recursos externos para mitigar seus impactos (1). De acordo com o Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas das Nações Unidas (IPCC) (2), o aquecimento global está tornando os eventos climáticos extremos mais frequentes e intensos, aumentando a probabilidade de precipitações intensas, secas prolongadas, incêndios florestais e inundações. Esses fenômenos promovem a exacerbação de desigualdades sociais e econômicas, visto que os danos materiais, perdas humanas e prejuízo econômico afetam prioritariamente as populações socioeconomicamente mais vulneráveis (3). Estas, historicamente segregadas, ocupam áreas com condições precárias de moradia e infraestrutura, o que evidencia o Racismo Ambiental, no qual populações racializadas são mais expostas aos riscos socioambientais e possuem menor acesso a prevenção, resposta e reabilitação frente a desastres (4). Assim, esta pesquisa contribui para o debate sobre Justiça Climática e políticas públicas sensíveis às desigualdades territoriais, ao analisar como os efeitos das mudanças climáticas se estruturam de forma diferenciada no Brasil.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e os desastres ambientais ocorridos entre os anos de 2021 e 2023 em cinco unidades federativas brasileiras (Bahia, São Paulo, Amazonas, Goiás e Santa Catarina), correlacionando o IVS com a ocorrência e os tipos de eventos registrados, o número de pessoas desalojadas/desabrigadas, as perdas humanas e os prejuízos econômicos.

METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem quantitativa e exploratória, com base na análise de dados secundários referentes à ocorrência de desastres naturais no Brasil entre 2021 e 2023, período escolhido a fim de não incluir os impactos da pandemia de COVID-19 e por corresponder ao intervalo mais recente disponível na base de dados. Foram selecionados cinco estados de diferentes regiões e realidades socioambientais — Bahia, São Paulo, Amazonas, Goiás e Santa Catarina — com base em diversidade

1 Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde, Curso de Medicina, Vitória da Conquista, Bahia. E-mail: julia.savilaa@gmail.com.

de tipos de território e de eventos climáticos e variação no Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Os indicadores de número de ocorrências por tipo de desastre, número de óbitos, pessoas afetadas, desabrigadas/desalojadas e prejuízo econômico estimado foi coletada dos registros do Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2iD) da Defesa Civil Nacional, já os dados de IVS foi coletado do Atlas da Vulnerabilidade Social (IPEA). Os dados foram sistematizados em planilhas e gráficos produzidos no software Microsoft Excel. A partir do cruzamento entre esses dados e o IVS de cada estado, procedeu-se à análise crítica das correlações entre vulnerabilidade social e os desastres e seus impactos.

RESULTADOS

Seguindo a apresentação dos resultados por estado em ordem crescente de IVS, observa-se que o Amazonas, estado com o maior IVS (0,488), apresentou 271 eventos, sendo as inundações (46,1%) e as secas/estiagens (32,8%) os mais frequentes, contabilizando 213,67 mil pessoas desabrigadas/desalojadas e 48 óbitos, com perdas econômicas estimadas em R\$ 1,26 bilhão. Já a Bahia, com IVS de 0,403, registrou 940 ocorrências, com predominância de seca/estiagem (44,47%) e chuvas intensas (37,3%), sendo estado com o maior número de pessoas desabrigadas/desalojadas (260,94 mil) com prejuízo calculado em R\$ 5,39 bilhões. Enquanto isso, São Paulo se destacou com o maior número de óbitos (110) ocorridos entre as 245 ocorrências, dos quais 53% foram chuvas intensas, contanto com um prejuízo de R\$ 941,7 milhões e 37,48 mil desabrigados/desalojados. Em seguida, tem-se Goiás, com IVS de 0,331, estado em que ocorreram 177 eventos, evidenciando uma predominância de incêndios florestais (61,6%) de menor número de desabrigados (3,56 mil) e óbitos (6), de prejuízo econômico estimado em R\$ 83,6 milhões. Por último, Santa Catarina, mesmo apresentando o menor IVS (0,192), concentrou o maior número de ocorrências de desastres (2.169), com destaque para a alta incidência de chuvas intensas (43,9%) e vendavais (14,06%), resultando em 33 óbitos, mais de 169 mil pessoas desabrigadas/desalojadas e prejuízo superior a R\$ 10 bilhões.

CONSIDERAÇÕES

Conclui-se então que estados com maior IVS, como Amazonas e Bahia, apresentam impactos humanos mais severos, apesar de não liderarem em relação à ocorrência de desastres, demonstrando que são menos resilientes aos efeitos dos desastres ambientais. Por outro lado, mesmo estados com IVS mais baixos, como Santa Catarina, podem enfrentar sérios prejuízos materiais e humanos, caso seja exposto a vários eventos extremos. Essa realidade reforça a necessidade de que as ações de Gestão de Risco (prevenção e mitigação) e de Desastres (preparação, resposta e recuperação) sejam territorializadas, considerando tanto o tipo de desastre que mais afeta a cada região, quanto as desigualdades socioambientais. Dessa forma, políticas públicas voltadas para a redução da vulnerabilidade são essenciais para promover maior equidade e aumentar a efetividade das ações para redução do risco de desastres, contribuindo para a redução dos impactos humanos e econômicos advindos desses eventos.

REFERÊNCIAS

- (1) Pena, PG., Northcross, AL., Lima, MA., Rêgo, RF. Derramamento de óleo bruto na costa brasileira em 2019: emergência em saúde pública em questão. Cadernos de saúde pública. 2020; 36: e00231019
- (2) Olímpio, JS., Cunico, C., Lucena, DB. Vulnerabilidade Social aos Desastres Ambientais no estado da Paraíba, Nordeste do Brasil. Geo UERJ, 2024: 44.
- (3) Legg, S. IPCC, 2021: Climate change 2021-the physical science basis. Interaction, 2021:49(4): 44-45.
- (4) Saraiva, GV., Leite, AO. Explorando o Racismo Ambiental: Impactos, Causas e Abordagens para a Justiça Ambiental. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2024:10(10): 5614-5627.

TRANSFORMANDO CONFLITOS EM PARCERIAS: A EFICÁCIA DAS PENALIDADES EDUCATIVAS NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Josiane Marcia de Castro¹

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento

Elisangela Alves Santana

Walisson Medeiros

Joucirlene de Melo Machado Neves

Andrea Serrat

Roberta Cely Conrado

Tamara Paiva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária tem um papel fundamental na proteção da saúde pública, regulando atividades e produtos que impactam diretamente o bem-estar da população (1). Contudo, a relação entre o setor público e o privado muitas vezes é marcada por tensões, especialmente no cumprimento das normativas sanitárias (2). Em Ipatinga, município de porte médio no Vale do Aço, essa realidade se apresentava de forma significativa. Os estabelecimentos comerciais frequentemente viam as fiscalizações como um processo punitivo, o que gerava resistências e dificultava o cumprimento das normas sanitárias. Muitos comerciantes não compreendiam a importância de aderir às regulamentações, resultando em constantes infrações. Diante desse cenário, a implementação de uma abordagem inovadora se mostrou essencial. A reversão de autos de infração em penalidades educativas surgiu como uma estratégia eficaz para transformar conflitos em parcerias. Ao invés de aplicar apenas multas, a Vigilância Sanitária passou a oferecer capacitações sobre boas práticas sanitárias, visando promover a conscientização e a corresponsabilidade do setor privado. A iniciativa possibilitou não só o cumprimento das normas sanitárias, mas também o fortalecimento da relação entre o setor público e o privado, com um impacto positivo direto na saúde pública de Ipatinga.

OBJETIVO

Demonstrar como a conversão de autos de infração em penalidades educativas pode minimizar tensões entre os setores público e privado, promovendo um ambiente de colaboração e cumprimento voluntário das normas sanitárias.

METODOLOGIA

A experiência foi implementada por meio de um projeto piloto em estabelecimentos comerciais de um município de médio porte. Inicialmente, os autos de infração emitidos foram revisados para

1 Prefeitura Municipal de Ipatinga. Email: josianecastro77@yahoo.com.br

identificar casos passíveis de reversão. Em seguida, foram promovidas reuniões com os proprietários dos estabelecimentos, explicando os riscos associados às irregularidades e propondo medidas corretivas. Como parte da penalidade educativa, os responsáveis foram convidados a participar de capacitações focadas em boas práticas sanitárias, conduzidas pela equipe técnica da Vigilância Sanitária. Além disso, as penalidades incluíram o uso de diversas ferramentas educativas, como cartilhas, outdoors, publicidade, jogos educativos, panfletos e brindes. Os brindes foram parte integrante do projeto EDUCAVISA, que visa promover ações educativas de cuidados com a saúde nas escolas, com foco em crianças de 6 a 9 anos. O objetivo foi sensibilizar não apenas os proprietários, mas também a comunidade escolar, sobre a importância da prevenção e boas práticas sanitárias. Para avaliar o impacto, foram utilizados indicadores como o número de autos de infração convertidos, a frequência nas capacitações e o percentual de adequação dos estabelecimentos após as intervenções educativas. Feedbacks qualitativos também foram coletados por meio de entrevistas estruturadas com os participantes.

RESULTADOS

A iniciativa alcançou resultados expressivos e demonstrou o impacto positivo da abordagem educativa no cumprimento das normas sanitárias. Cerca de 70% dos autos de infração analisados foram convertidos em penalidades educativas, o que evidencia a receptividade dos proprietários e a eficácia da estratégia. Este processo foi fundamental para promover um ambiente mais colaborativo e menos punitivo. Entre os estabelecimentos participantes, 85% aderiram às capacitações oferecidas e implementaram as medidas corretivas recomendadas pela Vigilância Sanitária, mostrando o comprometimento com a melhoria contínua dos seus serviços e a conscientização sobre boas práticas sanitárias. Além disso, foi possível observar uma mudança significativa na percepção dos proprietários em relação à Vigilância Sanitária, que passaram de um posicionamento defensivo para uma visão mais colaborativa, reconhecendo a importância do setor na promoção da saúde pública e da segurança sanitária. Outro resultado importante foi a redução de 40% no número de reincidências de infrações após as ações educativas, o que demonstra a eficácia das capacitações e do engajamento dos estabelecimentos nas ações preventivas. O projeto também expandiu seu alcance ao atender 20 escolas e aproximadamente 1.000 crianças, por meio do EDUCAVISA, um projeto educativo focado em sensibilizar crianças de 6 a 9 anos sobre cuidados com a saúde. Essa iniciativa ajudou a reforçar a cultura de prevenção e cuidados sanitários desde a infância. Além disso, o fortalecimento do diálogo entre o setor público e privado foi um ponto chave, resultando em um maior comprometimento dos estabelecimentos com a segurança sanitária e com o cumprimento das normativas (3). Os feedbacks coletados com os participantes destacaram a abordagem educativa como um fator determinante para promover a harmonia nas relações, garantindo a eficiência das normativas e contribuindo para a criação de um ambiente de saúde pública mais equilibrado e sustentável.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A conversão de autos de infração em penalidades educativas revelou-se uma ferramenta poderosa para equilibrar a relação entre os setores público e privado. Além de promover o cumprimento das normas sanitárias, a estratégia contribuiu para criar um ambiente de colaboração e respeito mútuo. Essa abordagem reduz resistências e transforma o papel da Vigilância Sanitária de uma instituição apenas punitiva para uma facilitadora de boas práticas. O sucesso do projeto sugere que a adoção de penalidades educativas consolida como uma prática eficaz e replicável no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- (1) Portácio SRPSS, Fraga ACA. A educação em saúde e suas aplicações na vigilância sanitária. Cadernos ESP [internet]. 2023 [citado em 7 março 2025];17(1):e1725. Doi: 10.54620/cadesp.v17i1.1725.
- (2) Souza SS, Pelicioni MCF. A vigilância sanitária de alimentos como instrumento de promoção de saúde: relato de experiência de educação em saúde para comércio varejista de alimentos e construção de um projeto de parceria. Higiene Alimentar. 2003; 17(113):33-37.
- (3) Sales MR, Paiva FM, Lopes NM, Lôbo CD, Gondim AP. Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde: dimensões e práticas colaborativas em uma capital. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia. 2021;9(3):84-91.

VIVÊNCIAS PARA A INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS JOVENS: PARCERIA ENTRE O INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UERJ E O PEBIT

Raissa de Andrade da Silva¹

Sara Cardoso Pinheiro

Mariana de Lima Silva

Heloisa Helena Ferraz Ayres

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta as ações desenvolvidas em um projeto de extensão do Instituto de Psicologia da UERJ, em parceria com o Programa Educativo Bolsa de Iniciação ao Trabalho (PEBIT), conduzido pelo CETREINA/UERJ e com apoio da Fundação para a Infância e Adolescência (FIA). A iniciativa busca promover a inclusão social de jovens em situação de vulnerabilidade socioeconômica por meio da criação de espaços de reflexão sobre doenças psicossociais, saúde mental no trabalho, o papel do trabalho, o significado da atuação profissional e a construção de projetos de vida. A proposta fundamenta-se na concepção de que o trabalho é um dos pilares centrais na construção da identidade pessoal e social, funcionando como mediador entre sentido, pertencimento e transformação (1,2). O projeto reafirma o compromisso ético-político da Psicologia com a promoção da justiça social e o enfrentamento das desigualdades que atravessam o mundo do trabalho, especialmente no que diz respeito ao acesso e permanência de jovens em contextos profissionais dignos e significativos.

OBJETIVO

Seu principal objetivo é promover a inclusão social de adolescentes e jovens por meio de vivências grupais que favoreçam a reflexão sobre identidade profissional, o mercado de trabalho e a construção de projetos de vida, articulando desenvolvimento pessoal, consciência crítica e fortalecimento de trajetórias possíveis, sobretudo no enfrentamento das desigualdades no mundo do trabalho.

METODOLOGIA

A metodologia adotada foi a pesquisa-ação (3), com base na concepção psicossocial integrada, inspirada no pensamento complexo de Edgar Morin (4) e em estudos sobre grupos (5). As etapas incluíram: apresentação do projeto aos bolsistas, supervisores e equipe do PEBIT; levantamento de perfil, expectativas e interesses dos jovens; planejamento e realização de oficinas de desenvolvimento pessoal e profissional; oficinas reflexivas sobre o mundo do trabalho e elaboração de planos de ação individuais; avaliação contínua e acompanhamento dos participantes.

As vivências ocorreram em encontros quinzenais, conduzidos pela professora coordenadora Heloisa Ayres e estudantes de Psicologia, e buscaram integrar escuta ativa, construção coletiva e análise

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. raissaandrade2022f@gmail.com

crítica da realidade social dos jovens. Em 2024, o projeto contou com a participação da professora coordenadora e sete estudantes da UERJ, atuando junto a 70

jovens bolsistas da FIA. Dentre as ações realizadas, destaca-se a atividade “Conhecendo Profissões”, que articulou entrevistas dos jovens com profissionais da UERJ sobre trajetórias e desafios profissionais. Também houve um encontro coletivo com bolsistas e supervisores para revisão da proposta e coleta de sugestões. Foram organizadas duas palestras/oficinas com uma psicóloga do trabalho e uma professora de direito para desenvolver repertório profissional e apresentar direitos trabalhistas, abordando temas como violência e assédio no trabalho.

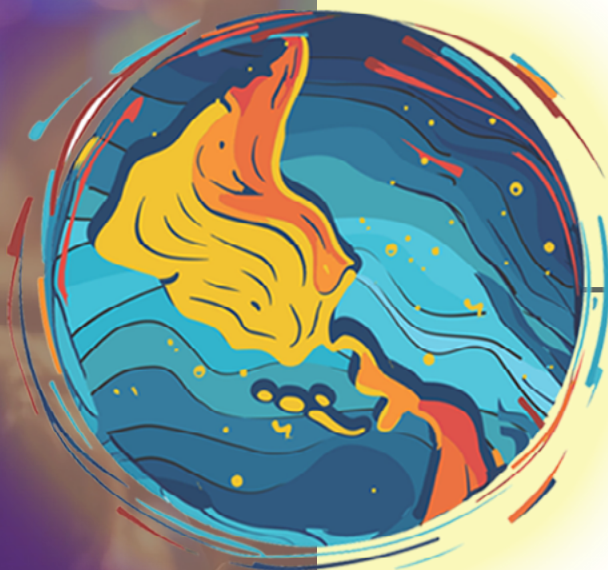
Estão previstas mais cinco oficinas com profissionais de diferentes áreas (engenharia, odontologia, pedagogia, nutrição e administração), que abordarão prática profissional, configurações e órgãos reguladores de cada profissão. Ao final, será produzida uma avaliação geral e um catálogo com os conteúdos e produções dos participantes. Observa-se até o momento uma maior clareza sobre projetos de vida, fortalecimento de vínculos e compreensão sobre impactos das condições laborais na saúde socioemocional dos jovens.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o projeto se consolidou como espaço de desenvolvimento pessoal, interpessoal e profissional, promovendo autoconhecimento, reflexão crítica e construção de trajetórias profissionais. O acolhimento dos desafios enfrentados por jovens em situação de vulnerabilidade e a promoção do diálogo sobre condições laborais adoecedoras contribuem para a formação de psicólogos comprometidos com os direitos humanos e a transformação social. A experiência reafirma o papel da Psicologia no enfrentamento das desigualdades estruturais e na articulação de políticas públicas voltadas à juventude.

REFERÊNCIAS

- (1)Marx K. O capital. São Paulo: Cultural; 1983. v. 1.
- (2)Souza W, Athayde M, Santorum K. Psicologia e trabalho, o trabalho da psicologia. In: Souza W, Valentim R, organizadores. Temas e Debates em Psicologia Social e Institucional. d. Rio de Janeiro: Letra Capital; 2018.
- (3)Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 15. ed. São Paulo: Cortez; 2015.
- (4)Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3. ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
- (5)Mailhiot GB. Dinâmica e gênese dos grupos. 6. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1985.



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 2: SOBERANÍA Y DESCOLONIZACIÓN DE LA SALUD

EIXO 2: SOBERANIA E DESCOLONIZAÇÃO DA SAÚDE

Cartel/Poster

EJE 2: SOBERANÍA Y DESCOLONIZACIÓN DE LA SALUD/ EIXO 2: SOBERANIA E DESCOLONIZAÇÃO DA SAÚDE

Cartel/Poster

A BIOÉTICA COMO UM PRINCÍPIO NORTEADOR DA FORMAÇÃO E DA ATUAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO: A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL.....	177
A CONTRIBUIÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO A DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	180
A IMPORTÂNCIA DA AURICULOTERAPIA NO MANEJO DOS TRANSTORNOS MENTAIS	183
A INFLUÊNCIA EUROPEIA E A BIOPOLÍTICA DE FOUCAULT NA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE NO BRASIL DURANTE OS SÉCULOS XIX E XX: UM ENSAIO CRÍTICO	185
A LUTA PELA PERMANÊNCIA DOS UNIVERSITÁRIOS NO CONTEXTO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.	188
ANÁLISE DO PERFIL NUTRICIONAL EM ADOLESCENTES EM UM BAIRRO DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL DE PETRÓPOLIS RJ: DADOS DO SISVAN 2020-2024.	190
APLICATIVO MEU SUS DIGITAL NO DISTRITO FEDERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A COLETA DE DADOS COMO FERRAMENTA EDUCATIVA EM SAÚDE	193
APLICATIVOS DE AUTOMONITORAMENTO EM SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES JURÍDICAS	196
APOIO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM TELEINTERCONSULTA ESPECIALIZADA: UMA SOLUÇÃO COLABORATIVA PARA REDUZIR A INEQUIDADE DIGITAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO NORDESTE BRASILEIRO	201
APRENDIZADO DE MÁQUINA NA INTERPRETAÇÃO DE DADOS PÚBLICOS: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES ASSOCIADOS COM A DESNUTRIÇÃO.....	204
APROVEITAMENTO INTEGRAL DOS ALIMENTOS: UMA ABORDAGEM PRÁTICA NAS OFICINAS DO SESC MESA BRASIL ES.....	207
ASOCIACIÓN ENTRE PATRONES DIETÉTICOS Y CÁNCER.....	210
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ASSISTIDAS EM UM PSF DE UM BAIRRO DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL DE PETRÓPOLIS, RJ	213
BANZO: DA SAÚDE MENTAL DO ESCRAVO TRABALHADOR À DO TRABALHADOR ESCRAVO	216
BITTER MELON - UMA TÉCNICA PARA CONTROLE DA DIABETES MELLITUS: REVISÃO DE LITERATURA	219
BOAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NA PRODUÇÃO AGRÍCOLA FAMILIAR: UMA EXPERIÊNCIA DESCOLONIAL, INTERSETORIAL E PARTICIPATIVA NO MUNICÍPIO DE MARICÁ-RJ	222
CIÊNCIA INDÍGENA E PROCESSOS CRÍTICOS DE CONTAMINAÇÃO POR AGROTÓXICOS EM UMA TERRA INDÍGENA DO BRASIL	225
COLONIALISMO, SABERES MARGINALIZADOS E HIPERMEDICALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UM OLHAR DECOLONIAL SOBRE A PSIQUIATRIA NO BRASIL	228

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO EM RELAÇÃO A OBESIDADE: O PAPEL DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	231
CRIAÇÃO DE MÁSCARAS DE TECIDO E CELULOSE SUSTENTÁVEIS FRENTE AO DESABASTECIMENTO ADVINDO DESASTRE BIOLÓGICO NA PANDEMIA COVID-19.....	234
DECOLONIALIDADE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL: UMA REVISÃO DE ESCOPO	237
DESAFIOS DA INCLUSÃO TECNOLÓGICA NO SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	240
DESCOLONIZAÇÃO DA MEDICINA NO SUL DA COLÔMBIA: UMA ABORDAGEM EM TORNO DO RESPEITO À SABERES E PRÁTICAS DOS POVOS SIBUNDOY E SIONA.....	243
DIÁRIOS DE ALIMENTAÇÃO COMO FERRAMENTA REFLEXIVA E CRÍTICA SOBRE (IN)SEGURANÇA E SOBERANIA ALIMENTAR	246
EU NÃO QUERIA MORRER SOZINHA: UM RELATO DE CASO ATRAVESSADO PELO RACISMO, PELO PATERNALISMO MÉDICO E A ÉTICA DO CUIDADO.....	249
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SAÚDE DIGITAL: ESTRATÉGIAS PARA EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA E PROMOÇÃO DA DOAÇÃO DE SANGUE.....	252
FACTORES SOCIOECONOMICOS ASOCIADOS A LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 12 AÑOS DE 2 TERRITORIOS SOCIALES DE LA CIUDAD DE CORONEL OVIEDO, AÑO 2024	255
HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS PARA O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	257
HUERTAS TERAPÉUTICAS: UNA EXPERIENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE LA CISTERNA, REGIÓN METROPOLITANA, CHILE”	260
IMPACTOS DE UMA EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA NO DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO E PESSOAL DOS ALUNOS	263
INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO COMBATE ÀS ARBOVIROSES EM IPATINGA: AGILIDADE, OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS E EFICIÊNCIA NO ATENDIMENTO.....	266
INOVAR PRÁTICAS, DESCOLONIZAR O ENSINO: REFLEXÕES SOBRE A INOVAÇÃO E O EMPREENDEDORISMO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	269
INSEGURANÇA ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS, RJ.	272
INSEGURANÇA ALIMENTAR E OS DESFECHOS NUTRICIONAIS E DE SAÚDE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	275
INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS BRASILEIROS COM CRIANÇAS DA PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES (2017-2018) E A AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS DE BAIXO CONTEÚDO NUTRITIVO	278
INSEGURANÇA ALIMENTAR NO ESPÍRITO SANTO.....	281
INSEGURANÇA PERCEPÇÃO DE ENTIDADES BENEFICIÁRIAS DO SESC MESA BRASIL-ES EM RELAÇÃO À SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	284

LA LEY GENERAL DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE EN MÉXICO: ALGUNAS REFLEXIONES EN SUS ETAPAS INICIALES.....	287
LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACÉUTICO SE. CASO EXITOSO DE POLÍTICA DE ESTADO DE SANTA FE, ARGENTINA, PARA GARANTIZAR EL ACCESO A MEDICAMENTOS COMO BIEN SOCIAL.....	290
LETRAMENTO DIGITAL NO SISTEMA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE - DIGISUS MÓDULO PLANEJAMENTO.....	293
MÁS ALLÁ DE LA PANDEMIA: DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS HOGARES DEL PERÚ, 2021-2023.....	296
MONITOREO DE AIRE EN HOGARES CON COCINA A LEÑA PARA PREVENIR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN PERÚ.....	299
MOVIMENTOS SOCIAIS E REPERTÓRIOS DE AÇÃO: (RE)CRIANDO ENQUADRAMENTOS SOBRE A SEGURANÇA E SOBERANIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	301
O QUE SIGNIFICA ESCOLHER QUANDO SE É MULHER E NEGRA? DIREITOS REPRODUTIVOS EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL.....	304
OCORRÊNCIA DE PESTICIDAS EM ÁGUA E SEDIMENTOS DA BACIA HIDROGRÁFICA DO RIO IJUÍ E OS POSSÍVEIS IMPACTOS À SAÚDE	306
PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA: O USO DO DSM COMO APARELHO DE LEGITIMAÇÃO COLONIAL	309
PRECIÇÕES E INCERTEZAS TECNOLÓGICAS NA RADIOLOGIA: IMPACTOS, DESAFIOS E SOBERANIA NA SAÚDE	312
RELATO DE EXPERIÊNCIA - 2º ENCONTRO NACIONAL DA REDE BRASIL GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE	315
RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM ALUNOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DE PETRÓPOLIS.	318
ROMPIMENTO COM A SOBERANIA ALIMENTAR: SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE PESSOAS ATINGIDAS POR DESASTRE-CRIME AMBIENTAL NO BAIXO PARAÓPEBA E NA REPRESA DE TRÊS MARIAS	321
SAÚDE DIGITAL NO BRASIL: OLHARES A PARTIR DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL.....	324
SAÚDE MENTAL, MACONHA E PSICODÉLICOS: DESCOLONIZAÇÃO E JUSTIÇA SOCIAL	327
TECNOLOGIA MÓVEL NA SAÚDE: UM APLICATIVO PARA O CUIDADO MATERNO-INFANTIL SUSTENTÁVEL	330
TECNOLOGIA, APAGÕES DIGITAIS E INJUSTIÇAS EM REDE: A TELEMEDICINA COMO REFLEXO DAS INIQUIDADES NO ACESSO À SAÚDE.....	333
TECNOLOGIAS DIGITAIS MEDIADAS POR PROFESSORES PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA: RESULTADOS PRELIMINARES DA REVISÃO DE LITERATURA.....	336
TENSÕES E UTOPIAS NA PRODUÇÃO DO ESPAÇO NEOLIBERAL URBANO: ENTRE AS MULTIDÕES E O CUIDADO NA RUA	339

TRAJETÓRIAS DA ALIMENTAÇÃO A PARTIR DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	342
TRANSFORMANDO A SAÚDE COM HOSTALKY®: AVANÇOS TECNOLÓGICOS E A SOBERANIA DIGITAL NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	345
VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA DE RECOMENDAÇÕES PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE CRIANÇAS ENTRE 02 E 06 ANOS DE IDADE	348
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM AMBIENTES VIRTUAIS DO BRASIL.....	351
“VIVAS, VIVAS! NEGO BISPO! EU ESTAREI VIVO, MESMO ENTERRADO.”	354
VOCÊ QUER ULTRAPROCESSADOS?!. O TEATRO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE CONSUMO PARA O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL	357

A BIOÉTICA COMO UM PRINCÍPIO NORTEADOR DA FORMAÇÃO E DA ATUAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO: A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Luciana Souza d'Ávila¹

Michely de Lima Ferreira Vargas

Lucília Nunes de Assis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Bioética é um campo de conhecimento interdisciplinar e estratégico, que rompe com o distanciamento entre as Ciências Biológicas e as Ciências Humanas, com vistas a subsidiar a produção científica orientada para a sobrevivência humana e do ecossistema. Assim, a Bioética tem como norte o respeito à vida nos seus diferentes sentidos, visão que tomou corpo a partir do enfrentamento às atrocidades da Segunda Guerra Mundial e de estudos científicos que representaram verdadeiras violações dos direitos humanos (1,2). Esse período histórico coincide com o desenvolvimento do direito à saúde enquanto um direito humano fundamental, determinante e determinado pelo exercício dos demais direitos e relacionado à busca pela justiça social. Tal discussão revela a estreita relação entre a Bioética e o Direito Sanitário, tanto no que se refere ao reconhecimento do direito à saúde, quanto às garantias políticas, legislativas, jurídicas e democráticas para sua efetivação (3). Os dois campos compartilham princípios pautados na defesa da vida e da dignidade de todos e, mesmo diante de uma pretensa limitação da eficácia da Teoria Principlista da Bioética, devido à diversidade das sociedades e à colisão entre direitos em vários momentos e casos, é possível incorporar, à prática do Direito Sanitário, outros princípios bioéticos como pluralismo, tolerância, equidade, proteção e justiça sanitária (4,5,6).

OBJETIVO

Apresentar e relatar a experiência da introdução da disciplina de Bioética no Curso de Especialização em Direito Sanitário (DiSa) da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), a partir das reflexões trazidas pelos discentes quanto às contribuições da temática para seus respectivos processos de trabalho e tomadas de decisão. Ao mesmo tempo, busca-se refletir acerca do papel da Bioética enquanto um dos eixos da formação e atuação no campo do DiSa.

METODOLOGIA

O Curso ofertado pela ESP-MG é fruto de um Acordo de Cooperação firmado no âmbito de MG com a Secretaria Estadual de Saúde, Advocacia Geral do Estado, Defensoria Pública, Ministério

1 Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: lucianasd14m@gmail.com.

Público e Tribunal de Justiça, cujos alunos são trabalhadores dessas instituições (analistas, assessores, juízes, defensores públicos, promotores, gestores, procuradores, fiscais sanitários, entre outros) e também do Conselho Estadual e Conselhos Municipais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Este relato se refere à avaliação da disciplina pelas turmas IX e X (2022-24), nas quais a Bioética foi incluída na matriz curricular e considerada, juntamente com Princípios do Direito Sanitário e Saúde Coletiva, disciplina integradora e um dos eixos do Curso. As temáticas abordadas buscaram contemplar questões estruturantes e principiológicas da Bioética, focadas em populações vulnerabilizadas e com participação de experts, profissionais e usuários nas discussões sobre Historicidade, Princípios e Paradigma; Objeção de Consciência; Autonomia; Diretivas Antecipadas; Saúde no Sistema Prisional; Pesquisa com Seres Humanos; Acesso a medicamentos e tecnologias; Judicialização da saúde e Saúde LGBTQIAP +.

RESULTADOS

De forma geral, os alunos avaliaram que as discussões contribuíram de forma relevante para seus respectivos processos de trabalho e tomadas de decisão. Na análise da interface entre a Bioética e o DiSa para a efetivação do Direito à Saúde, houve consenso quanto à inseparabilidade desses campos, já que a Bioética traz princípios importantes para resolução de conflitos, além de estar relacionada aos demais direitos humanos e componentes da justiça social, como a cidadania e os direitos à informação, à segurança e à prática religiosa. Foi apontada a impossibilidade de discutir direitos sem se considerar seus destinatários, portanto, esse debate deve incluir, necessariamente, as populações vulnerabilizadas. A Bioética ainda foi indicada como o campo capaz de munir os formuladores de políticas e gestores contra interesses externos ao sistema de saúde, fornecendo parâmetros mais justos, equitativos e transparentes para a alocação de recursos e serviços. Nessa seara, a harmonização entre os princípios bioéticos e as políticas e práticas em saúde é estratégica para a maximização dos benefícios, assim como o fortalecimento de evidências científicas pautadas por essas diretrizes vêm minimizar os riscos/malefícios de novos tratamentos e terapias, nas pesquisas e incorporação de tecnologias. Em relação às práticas jurídicas e judicialização da saúde, houve diversas manifestações no sentido de que a Bioética deve ser pano de fundo para as decisões judiciais, tendo em vista a ponderação entre o direito à esperança e os reais benefícios e potenciais riscos/malefícios das prestações de saúde demandadas, além do frequente sequestro de verbas públicas para custeio de tratamentos/medicamentos, muitas vezes sem evidências robustas e com preços abusivos devido à lógica de patentes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Bioética vem construindo a sua história em uma perspectiva de responder aos dilemas éticos associados à conquista e ampliação da noção dos direitos humanos; ao reconhecimento das diversidades e à busca pela Justiça Social. Tais dilemas se revelam em inúmeros casos que perpassam a teoria e a prática do DiSa, uma vez que os dois campos têm um caráter multi/transdisciplinar, que exige reflexões permanentes para o alcance de avanços coletivos e democráticos, em uma sociedade plural e repleta de singularidades. Nesse sentido, a inclusão da Bioética, como uma disciplina integradora e como um

eixo da formação em Direito Sanitário da ESP-MG, mostrou-se estratégica para a qualificação dos processos de trabalho e tomadas de decisão dos alunos, os quais lidam em seu cotidiano com casos complexos, permeados por interesses diversos e que demandam a ponderação de direitos e princípios, tanto no âmbito das práticas em saúde, quanto de justiça.

REFERÊNCIAS

- (1) Zanella DC. Humanidades e ciência: uma leitura a partir da Bioética de Van Rensselaer Potter. *Interf*(Botucatu). 2018;22(65):473-480.
- (2) Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev.bioét.(Impr.)*. 2005;13(1):125-134.
- (3) D'Ávila LS, Saliba GF. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. *Rev Direito Sanit.* 2017;17(3):15-38.
- (4) Figueiredo AM. Bioética: crítica ao princípalismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. *Rev bioét.* 2018;26(4). DOI:10.1590/1983-80422018264267.
- (5) Garrafa W, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saude Soc.* 2016;25(2):442-51.
- (6) Corrêa AIA. Ditames da consciência e o dever de cuidar. *Rev Med CFM.* 2014;5:28-37.

A CONTRIBUIÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO A DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE

Lucas da Costa Brandão¹

Rebeca Fiorilo Musafir

Isabela Pereira dos Santos

Shirley Emanuely Pontes de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a internet consolidou-se como uma das principais fontes de informação em saúde, no entanto, seu *modus operandi* tem favorecido a propagação de desinformação. As informações falsas sobre saúde na internet afetam a tomada de decisões e comprometem a Saúde Pública. Esse cenário requer estratégias robustas de enfrentamento, destacando-se a Vigilância em Saúde, que monitora e responde a fatores de risco, incluindo rumores e desinformação (1).

A Vigilância em Saúde é conceituada como um conjunto de ações que visam o monitoramento, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde da população. A Política Nacional de Vigilância em Saúde foi criada em 2018, porém a primeira estruturação de um sistema de vigilância brasileiro advém da década de 1970. A política objetiva orientar o planejamento e a coordenação de ações que monitoram a saúde da população, detectando riscos e buscando evitar o aparecimento de doenças e outros problemas de saúde.

Este trabalho aborda o papel do monitoramento digital como ferramenta para enfrentar a desinformação em saúde, com foco nas possibilidades de contribuição da Rede de Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é explorar possibilidades de contribuição dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, tendo como exemplo a unidade do estado do Rio de Janeiro, para o enfrentamento da desinformação em saúde por meio da infovigilância. Questiona-se o papel que a Vigilância em Saúde pode desenvolver para o enfrentamento deste problema, através da promoção de ações estratégicas de intervenção e desenvolvimento de indicadores sobre rumores.

METODOLOGIA

A pesquisa baseia-se em revisão bibliográfica e análise de dados de instituições como o Ministério da Saúde e o CIEVS. O conceito de infovigilância orienta a discussão sobre como o monitoramento de

1 Doutorando na Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Mestre em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/FIOCRUZ). Especialista em Serviço Social e Saúde (FSS/UERJ). Graduado em Serviço Social (UFF/Rio das Ostras). Contato: brandao_lcs@hotmail.com

buscas e discussões na internet identifica demandas e problemas de saúde (2). Além disso, examina-se a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que organiza ações de monitoramento de doenças e eventos de Saúde Pública. O estudo procura expor o funcionamento do CIEVS, que utiliza ferramentas como o Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS), e o Painel de Rumores no estado do Rio de Janeiro, para analisar a veracidade de rumores que circulam pela internet e podem impactar na Saúde Pública. Por fim, procura apontar possíveis contribuições da atuação da Vigilância em Saúde no enfrentamento à desinformação em saúde.

RESULTADOS

Com a proliferação de desinformação e de suas consequências, aumentaram-se iniciativas de seu enfrentamento. Dentre as quais é possível destacar a checagem de fatos (fact checking), protagonizada por agências e empresas jornalísticas. Durante a pandemia de COVID-19 essa realidade parecia mudar e iniciativas governamentais de checagem de fatos sobre a pandemia foram desenvolvidas. Todavia, essas medidas não foram de fato incorporadas enquanto políticas públicas, ainda que a desinformação em saúde persista até os dias atuais, gerando consequências alarmantes à saúde pública (3).

A Rede CIEVS destaca-se na checagem de informações que circulam sobre saúde nos meios de comunicação, chamadas de “rumores”, através de práticas como monitoramento contínuo de redes sociais e verificação de rumores. Atualmente o Brasil possui 54 Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde ativos, divididos em 26 Estados e no Distrito Federal (4). Durante a pandemia de COVID-19, tendo como exemplo a unidade estadual do Rio de Janeiro, a unidade desmentiu notícias falsas sobre vacinas e tratamentos, contribuindo para a adesão às medidas preventivas. Essa atuação foi viabilizada por sistemas como o EIOS, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que contribui para a identificação de fake news e orientam respostas, fortalecendo a capacidade de resposta coordenada a crises de desinformação.

O monitoramento das informações que circulam pela internet é uma prática já antiga na Saúde Pública, intitulada de “infovigilância” (2). O uso de infovigilância através da Rede CIEVS possibilita a criação de uma linha de atuação no SUS para produção de indicadores que mapeiam padrões de disseminação de desinformação, orientando Políticas Públicas e estratégias de comunicação (4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Vigilância em Saúde, especialmente com o uso de infovigilância, emerge como uma estratégia crucial para combater a desinformação em saúde. Além de identificar rumores e promover respostas rápidas, o CIEVS pode contribuir para fortalecer a confiança da população nas Políticas Públicas, minimizar impactos negativos da desinformação e orientar gestores na formulação de intervenções baseadas em evidências. A capacitação de profissionais e a articulação com redes de vigilância são essenciais para consolidar essa abordagem, especialmente em contextos de infodemias globais, como observado na pandemia de COVID-19. Além disso, também é necessário a ampliação das bases de

dados monitoradas, buscando, no entanto, desenvolver estratégias que não dependam de grandes plataformas digitais privadas que centralizam boa parte das informações que hoje circulam na internet.

REFERÊNCIAS

- (1) Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15:2215-28.
- (2) Eysenbach G. Infodemiology and Infoveillance: Framework for an Emerging Set of Public Health Informatics Methods to Analyze Search, Communication and Publication Behavior on the Internet. *J Med Internet Res*. 2009;11(1):e1157.
- (3) Haraki CAC. Estratégias adotadas na América do Sul para a gestão da infodemia da COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:e43.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. Brasília, DF: MS, 2025 [citado em 9 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cievs/cievs>

A IMPORTÂNCIA DA AURICULOTERAPIA NO MANEJO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Erika Padilha Custodio Nunes¹

Eduarda Montechiari Vanelli

Fernanda Cristina Resende Marinho

Giovanna da Silva Vieira

João Pedro Carneiro Bonates

Maria Eduarda Combat Garcia

Rayssa Vitória da Silva Moreira

Thayenne Alexia Ribeiro Duarte Romano

Sabrina Frajtag

Amanda Vargas Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A auriculoterapia, é um microssistema da acupuntura, uma técnica terapêutica baseada na estimulação de pontos específicos do pavilhão auricular para promover o equilíbrio do organismo. Sua origem está associada à Medicina Tradicional Chinesa (MTC), e é reconhecida por sua eficácia no alívio da dor e na promoção do bem-estar físico e emocional (1).

Além do uso para analgesia, a auriculoterapia tem demonstrado resultados promissores no tratamento de transtornos mentais como ansiedade, estresse e depressão. Isso ocorre devido à sua capacidade de estimular o sistema nervoso central e promover a liberação de neurotransmissores relacionados ao humor e ao medo. Sendo um método não invasivo, de baixo custo e com mínimos efeitos colaterais, a auriculoterapia foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das Práticas Integrativas e Complementares (PICs, contribuindo para um cuidado integral e efetivo ao paciente (2).

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo revisar a literatura científica sobre a eficácia da auriculoterapia como prática terapêutica no alívio da dor e no tratamento de transtornos mentais como depressão e ansiedade.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de reunir evidências científicas que embasem o uso da auriculoterapia como intervenção complementar em saúde mental. Para isso, foram consultadas as bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed (Biblioteca Nacional

1 Faculdade Souza Marques. E-mail: erikapcnunes@gmail.com

de Medicina), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: Auriculoterapia, Ansiedade, Depressão.

RESULTADOS

A auriculoterapia demonstrou efeitos benéficos em diferentes contextos, sendo eficaz no tratamento da ansiedade, da depressão e da dor. A técnica consiste na estimulação de pontos específicos da orelha por meio de estímulos elétricos ou sementes, com destaque para os pontos Shenmen, Rim e Simpático, que são os mais utilizados para tratar disfunções emocionais (1).

Diversos estudos indicam que a auriculoterapia reduz os níveis de ansiedade em diferentes populações, incluindo gestantes durante o pré-natal, profissionais da enfermagem e trabalhadores do sistema prisional. Além disso, seu uso pode ser complementar tanto para pacientes que utilizam fármacos quanto para aqueles que buscam alternativas naturais para o tratamento da ansiedade e da depressão (2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A auriculoterapia é uma prática terapêutica segura e eficaz no manejo de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e estresse. Sua consolidação se deve ao fato de ser uma alternativa não invasiva, de baixo custo e com mínimos efeitos colaterais.

Este estudo evidenciou que o estímulo a pontos específicos do pavilhão auricular promove a liberação de neurotransmissores relacionados ao bem-estar, atuando diretamente no sistema nervoso central e contribuindo para o equilíbrio emocional. Assim, conclui-se que a auriculoterapia é uma estratégia eficiente no tratamento de transtornos mentais, consolidando-se como uma terapia complementar importante para promover o bem-estar físico e emocional dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos TGG et al. A efetividade do tratamento para dor utilizando auriculoterapia: um artigo de revisão. Research, Society and Development. 2021.
- (2) Rodrigues PLO, Santo ACE, Guimarães RCO, Damasceno CA. Auriculoterapia como prática integrativa e complementar à saúde no cuidado da ansiedade: revisão integrativa. Research, Society and Development. 2023.
- (3) Correa HP, Moura CC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Mata LRFP, Chianca TCM. Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática. Rev Esc Enferm USP. 2020.

A INFLUÊNCIA EUROPEIA E A BIOPOLÍTICA DE FOUCAULT NA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE NO BRASIL DURANTE OS SÉCULOS XIX E XX: UM ENSAIO CRÍTICO

Amanda Carneiro Rodrigues¹

Bruna Cruvinel Donelian

Filipe Giordano Valério

Maria Eduarda Santos Teperino Abreu Guastini

Millena Mendonça Andrade Paes Leme

Vanessa de Farias Albernaz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O século XIX testemunhou em Paris uma transformação urbana radical sob o Plano Haussmann, que redefiniu não apenas a arquitetura, mas a própria organização social da cidade. Apresentado como solução para problemas sanitários e de circulação, o projeto escondia um objetivo político claro: eliminar os espaços de insurgência popular que marcavam a história parisiense. Os largos bulevares, além de melhorar o fluxo comercial, foram estrategicamente desenhados para impedir a construção de barricadas - lição aprendida após as inúmeras revoluções nacionais (1).

Esta “modernização” promoveu uma profunda segregação. Cerca de 20% da população - majoritariamente trabalhadores - foi deslocada para periferias sem compensação adequada, de modo que, enquanto a burguesia desfrutava de uma cidade ordenada e higienizada, os operários eram confinados a cortiços insalubres.

No Rio de Janeiro, o modelo foi reproduzido com singular intensidade. Sob o pretexto de combater epidemias, Oswaldo Cruz implementou medidas que transformaram a saúde pública em instrumento de controle social. A vacinação obrigatória e a evidente gentrificação culminaram na Revolta da Vacina em 1904, demonstrando como o urbanismo moderno serviu, em Paris e no Rio, mais a projetos de poder que a verdadeira inclusão social. Essa foi uma das claras tentativas de comparação do Brasil ao mundo europeu, que buscava contornar a recente história escravocrata do país e se aproximar com o ideal civilizatório da Europa, a fim de distanciar a visão do Brasil como apenas o “bom selvagem”. Afinal, a colonização não se limita a potentes caravelas e escambos infrutíferos (2).

OBJETIVO

O ensaio investiga como as reformas urbanas no Rio de Janeiro reproduziram lógicas coloniais

1 Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo. E-mail: amanda.crodrigues@aluno.fcmsantacasasp.edu.br.

européias, transformando cidades em laboratórios de controle social. Foca-se em três eixos: os discursos higienistas como biopolítica, a segregação espacial como herança colonial, e as formas de resistência popular. Objetiva-se revelar como esses processos urbanos atualizaram mecanismos de dominação colonial na gestão das populações marginalizadas.

METODOLOGIA

As reformas urbanas de Paris e Rio revelam o paradoxo da modernidade: cidades “ideais” construídas sobre a exclusão dos pobres. O Plano Haussmann, da segunda metade do século XIX, foi um projeto de segregação - ao demolir casas e deslocar milhares pessoas, criou uma Paris dividida entre bulevares burgueses e periferias operárias. Essa “higienização” respondia tanto ao medo das revoltas populares quanto ao discurso sanitista que associava pobreza à degeneração moral (3,4).

No Rio pós-abolição, o modelo foi replicado. Entre 1903 e 1906, Pereira Passos e Oswaldo Cruz promoveram o “bota-abaixo”, demolindo habitações populares e gerando resultados contraditórios: enquanto a febre amarela recuava, as favelas multiplicavam-se. A medicina servia de álibi para o controle, e a Revolta da Vacina expôs o cerne do conflito. A Lei nº1.261 vinculava direitos básicos à comprovação de vacinação. A revolta não era contra a ciência, mas contra a transformação do corpo em moeda de troca – conceito denominado por Foucault como “biopoder”. Relatos da época mostram mães escondendo filhos e operários queimando braços para apagar marcas da vacina, que expõem resistências íntimas ao controle estatal (2, 5).

Em paralelo, na França, a arte de Egon Schiele denunciava os mesmos paradigmas. Sua “Mulher Sentada com Joelho Dobrado”, com membros distorcidos e pele esverdeada, denunciava os corpos que a modernidade quis esconder. Essa estética do desajuste ecoava a realidade dos excluídos: tuberculosos em cortiços parisienses e subnutridos nos morros cariocas.

Os deslocamentos compulsórios criaram geografias duradouras da desigualdade. Em Paris, os pobres foram confinados em “arrondissements” como Belleville; no Rio, nos morros da Providência e Santo Antônio. Em ambos os casos, menos de 5% dos investimentos em reforma urbana foram para habitação popular. A “medicina do trabalho” completava o sistema: nas fábricas brasileiras, exames médicos selecionavam corpos “produtivos”, antecipando o taylorismo. Manuais ensinavam patrões a calcular rendimento com base em peso e altura, de maneira que a saúde fosse tratada como métrica de exploração (6).

Esses processos mostram como a medicalização das cidades serviu ao duplo propósito de controle social e acumulação capitalista. As mesmas ruas largas que impediam barricadas em Paris facilitavam a circulação de mercadorias; os mesmos códigos sanitários que combatiam epidemias no Rio disciplinavam a força de trabalho. A resistência popular, seja nas revoltas ou na arte, revelava o custo humano desse “progresso”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As reformas urbanas de Paris e Rio demonstraram que o “progresso” muitas vezes serve a interesses elitistas, disfarçando exclusão sob discursos de higiene e modernidade. A arte de Schiele e a Revolta da Vacina foram resistências a esse modelo, denunciando a violência de políticas que privilegiam estética e economia em detrimento de vidas.

Hoje, o legado dessas intervenções persiste: as favelas e a saúde pública precária evidenciam o modelo colonial adotado no cuidado brasileiro. O SUS, apesar de ser um significativo avanço constitucional, sofre com subfinanciamento e a visão neoliberal de que saúde é mercadoria, não direito. Refletir sobre esses processos históricos é essencial para evitar a repetição de autoritarismos e construir políticas verdadeiramente inclusivas, onde desenvolvimento urbano não signifique exclusão.

REFERÊNCIAS

- (1) Lima NDC. A Belle Époque: Transformações urbanas, moda e influências no Rio de Janeiro. História e Democracia. 2018.
- (2) Silva MGCF. Some considerations about Pereira Passos urban reform. *urbe Revista Brasileira de Gestão Urbana* [Internet]. 2019 Oct 3 [citado 13 abril 2025];11:e20180179. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/RZQZ3vhLgqTmYWXQXZrqSgl/abstract/?lang=en>
- (3) Carrascoza JA, Santarelli CG. Um olhar de descoberta na Paris da Belle Époque. *Comunic mídia consumo*. 2007;4(9):43-61.
- (4) Ferreira N, Miranda AC. Através de “o cortiço” um olhar acerca da saúde, saneamento e meio ambiente: uma encruzilhada histórica. *Periódico Eletrôn Fórum Ambiental Alta Paulista* [Internet]. 2012 Nov 12 [citado 13 abril 2025];8(12):1-14. Disponível em: https://publicacoes.amigosdanatureza.org.br/index.php/forum_ambiental/article/view/350
- (5) Foucault, M. *Microfísica do Poder*. 1978.
- (6) Silva LF, Montagner M, Roselino JE. O taylorismo sob controle: o lugar das novas e velhas tecnologias na ordem industrial. *Rev Adm Mackenzie* [Internet]. 2020 [citado 13 abril 2025];7(1):136-56. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ram/a/WQ544XWMZhRSPQNtKkKTNfq/abstract/?lang=pt>

A LUTA PELA PERMANÊNCIA DOS UNIVERSITÁRIOS NO CONTEXTO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Yana Sheila da Silva Oliveira ¹

Tiago Oliveira de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei nº 11.346 a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população (1,2). Entretanto, a insegurança alimentar é uma das faces mais graves das desigualdades sociais no Brasil, afetando diretamente o direito à alimentação adequada. No ambiente universitário público, esse problema se intensifica ao comprometer a permanência e o desempenho acadêmico de estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A falta de acesso regular a uma alimentação adequada pode comprometer o rendimento escolar e, em casos mais severos, contribuir para a evasão universitária, uma vez que estudantes em situação de vulnerabilidade muitas vezes precisam priorizar o trabalho em detrimento dos estudos para garantir sua sobrevivência. Na universidade, especialmente, no contexto do interior dos Estados, a questão da insegurança alimentar entre os discentes exige uma análise aprofundada, considerando os desafios enfrentados por estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, muitos dos quais dependem exclusivamente de auxílios estudantis para suprir suas necessidades básicas (3).

OBJETIVO

Analisar a problemática da Insegurança Alimentar no âmbito da Universidade, refletindo sobre conceitos, direitos fundamentais e políticas públicas de permanência para estudantes universitários.

METODOLOGIA

Revisão Integrativa que seguirá as etapas metodológicas PRISMA adaptado, com descritores presentes no Decs/MESH, utilizando a técnica de pesquisa dos operadores booleanos, com os descritores: insegurança alimentar, estudante universitário, evasão escolar e direitos humanos, onde: (insegurança alimentar) AND (estudante universitário) AND (evasão escolar) OR (direitos humanos). Utilizando os filtros texto completo e português.

RESULTADOS

Foi feito um levantamento inicial na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados LILACS e MEDLINE, em março de 2025, resultando em 11 artigos que estão em análise. Espera-se que esses

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: ls100silva@gmail.com

estudos contribuam para uma compreensão crítica e aprofundada sobre a insegurança alimentar no contexto universitário, especialmente no interior e nas universidades públicas evidenciando os principais fatores associados à vulnerabilidade dos estudantes, como a insuficiência de políticas de assistência, a precariedade de estruturas de suporte e os impactos na saúde e no desempenho acadêmico. Além disso, espera-se identificar de que forma a insegurança alimentar configura uma violação de direitos humanos fundamentais, como o direito à alimentação adequada e o direito à educação, reconhecidos tanto na Constituição Federal quanto em tratados internacionais ratificados pelo Brasil. A pesquisa busca ressaltar a necessidade de que as políticas públicas de permanência estudantil sejam compreendidas não apenas como ações assistenciais, mas como instrumentos de garantia de direitos, fundamentais para assegurar a equidade, a justiça social e o pleno acesso à educação superior pública. Dessa forma, os resultados poderão subsidiar discussões institucionais e acadêmicas voltadas à formulação de estratégias mais eficazes de combate à insegurança alimentar nas universidades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante do exposto, é evidente a importância de discutir essa temática dentro das universidades para garantir a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada, visando a melhoria da qualidade de vida e do desempenho acadêmico desses estudantes, amenizando, assim, o quadro de evasão por esses alunos. É fundamental que as instituições de ensino superior reconheçam seu papel na implementação de políticas públicas inclusivas que garantam condições dignas de permanência para todos os estudantes. A insegurança alimentar reflete desigualdades sociais históricas presentes no ambiente universitário. Assim, esta pesquisa destaca a necessidade de expandir os debates sobre a assistência estudantil e adotar estratégias integradas que envolvam alimentação, saúde, educação e direitos humanos, como um compromisso ético e constitucional com a justiça social e a formação cidadã no ensino superior.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Diário Oficial da União. 2006 set 15. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm.
- (2) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. 1988 out 5. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- (3) Brasil. Ministério da Educação. Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) [Internet]. Brasília, DF: MEC; [citado em 2025 mar 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/programas-e-acoes/pnaes>.

ANÁLISE DO PERFIL NUTRICIONAL EM ADOLESCENTES EM UM BAIRRO DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL DE PETRÓPOLIS RJ: DADOS DO SISVAN 2020-2024.

Marcella Doffini Rabello¹

Jennifer Alessandra Henriques Pedro
Ana Iasmin Rodrigues Bruno

Caroline Cesar Iwashima

Maria Clarissa Nunes Braun

Iris Rigolon Machado Giglio Santos

Talita Lelis Berti

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O estado nutricional na adolescência é um indicador de saúde relacionado ao status de segurança alimentar e reflete disparidades sociais. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) recomenda a adoção do Índice de Massa Corporal por idade (IMC/I) e estatura por idade (E/I) como parâmetros para avaliação nutricional do adolescente. O índice E/I possibilita a avaliação do crescimento linear do adolescente, correspondendo ao dado que melhor representa o efeito cumulativo de situações nutricionais adversas sobre o desenvolvimento corporal (1).

O IMC/I é recomendado para diagnosticar distúrbios nutricionais (magreza, sobrepeso e obesidade) e proporciona uma continuidade com o indicador utilizado entre adultos (1). Como resultado da transição nutricional, tem sido observada a coexistência de deficits nutricionais (como o deficit de altura para a idade) e o excesso de peso (avaliado pelo IMC para a idade) (2). A principal hipótese deste paradoxo seria o consumo excessivo de alimentos de baixa qualidade e alta densidade energética, com menor diversidade alimentar e dificuldade no acesso aos alimentos (3).

Monitorar os indicadores antropométricos permite identificar territórios e populações com maiores vulnerabilidades e fornece subsídios para a implementação de políticas públicas focalizadas aos agravos observados.

OBJETIVO

Análise comparativa dos indicadores antropométricos de adolescentes avaliados em um PSF do bairro do Vale do Carangola, Petrópolis (RJ), e no município no período de 2020 a 2024.

METODOLOGIA

Estudo observacional e descritivo, utilizando dados secundários do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de adolescentes avaliados em um PSF de um bairro de alta

1 Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: marcelladoffinirabello@gmail.com.

vulnerabilidade social localizado Petrópolis, RJ. Os dados foram obtidos a partir dos relatórios consolidados do SISVAN por Estabelecimento de Saúde, selecionando a faixa etária “Adolescentes” e os índices “IMC x Idade” e “Estatura x Idade”. Segundo o protocolo do SISVAN, o estado nutricional antropométrico de adolescentes é avaliado pelo Índice de Massa Corporal para idade (IMC/I), obtendo-se os indicadores de magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso ou obesidade, e pelo índice estatura para idade (E/I), classificando-as em muito baixa estatura, baixa estatura, ou, estatura adequada para idade.

Os dados coletados foram posteriormente consolidados em planilha única para avaliação dos indicadores no período e comparação por estrato geográfico (bairro e de Ética).

RESULTADOS

Os estratos geográficos exibiram padrões diferentes na evolução dos indicadores antropométricos. Em relação à eutrofia (IMC adequado para a idade) os adolescentes avaliados no PSF do bairro foi observada queda da prevalência de 66,7% em 2020 para 61,98% em 2024 e, em Petrópolis, aumento de 59,3% para 63,5% no período.

Em 2020, a prevalência de magreza ou magreza acentuada no bairro era de 6,6%, com redução em 2021 (3,5%) e 2022 (2,4%), e posterior ascensão em 2023 (4,6%) e maior frequência em 2024 (4,97%). Em Petrópolis, a prevalência de magreza também aumentou no período, passando de 2,9% em 2020, para 4,3% em 2024. Também foi observado no bairro aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade (8,9% para 13,8% e 1,7% para 3,3% respectivamente), diferentemente do observado no município, que recuou a prevalência de sobrepeso de 13,8% para 10,8% e de obesidade de 3,4% para 2,7%.

Pelo índice E/I, em Petrópolis registrou queda na prevalência de muito a baixa ou baixa altura para a idade, de 4,5% (2020) para 3,2% (2024) e no PSF a prevalência teve oscilações no período variando entre 0% em 2020, 6,1% em 2021, atingindo 5,0% em 2023 e caindo para 3,7% em 2024.

Ressalta-se o aumento expressivo de adolescentes avaliados no município, diferentemente do observado no bairro, que apresentou discreto aumento no quantitativo no período, totalizando 188 avaliados em 2024.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ambos estratos geográficos apresentaram aumento da prevalência de magreza entre os adolescentes, indicando alerta e necessidade de intervenções para deter o crescimento da desnutrição aguda. O aumento do excesso de peso no bairro e a co-existência de casos de desnutrição aguda, identificada pela magreza e de desnutrição crônica, identificada pela baixa altura para a idade, destaca o paradoxo da má nutrição característico da transição nutricional (4).

Os resultados ressaltam a importância do aumento da cobertura do monitoramento do estado nutricional de adolescentes no bairro e da necessidade de intervenções para deter a má nutrição. Os indicadores antropométricos no bairro, diferentemente do observado no município, ressaltam vulnerabilidades sociais e a necessidade de estratégias individualizadas para o combate à má nutrição e seus determinantes no território.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde – SISVAN [Internet]. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html.
- (2) Carvajal-Aldaz D, Cucalon G, Ordonez C. Food insecurity as a risk factor for obesity: A review. *Frontiers in Nutrition* [Internet]. 2022 Sep 26;9(1012734). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9549066/>.
- (3) Rezaei M, Fatemeh Ghadamgahi, Jayedi A, Pishva Arzhang, Mir Saeed Yekaninejad, Azadbakht L. The association between food insecurity and obesity, a body shape index and body roundness index among US adults. *Scientific Reports* [Internet]. 2024 Oct 9;14(1). Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-74108-x>
- (4) Santos CDL, Clemente APG, Martins PA, Sawaya AL. Influência do déficit de estatura nos desvios nutricionais em adolescentes e pré-adolescentes [Internet]. *Rev Nutrição*. 2009;22(2):187-194. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250041504_Influencia_do_deficit_de_estatura_nos_desvios_nutricionais_em_adolescentes_e_pre-adolescentes

APLICATIVO MEU SUS DIGITAL NO DISTRITO FEDERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A COLETA DE DADOS COMO FERRAMENTA EDUCATIVA EM SAÚDE

Elaine Nunes Costa¹

Josivania Silva Farias

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A adoção de aplicativos voltados para o cuidado em saúde tem experimentado um crescimento significativo nos últimos anos, impulsionada pelos avanços tecnológicos. Dentre as intervenções de mHealth, destacam-se os dispositivos móveis, que, em 2022, atingiram mais de 5,4 bilhões de usuários em todo o mundo, o que representa cerca de 70% da população global (1). Embora essa tecnologia emergente ainda esteja sendo amplamente estudada para avaliar sua eficácia real, ela já apresenta resultados promissores.

Com o aumento da prevalência de smartphones e outros dispositivos móveis, o mHealth possui um grande potencial para transformar profundamente os cuidados de saúde (2-5). No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou, em âmbito nacional, o aplicativo *Meu SUS Digital*, anteriormente denominado *Conecte SUS Cidadão*. Essa solução de saúde digital visa facilitar o acesso dos cidadãos brasileiros às informações de saúde, promovendo a continuidade do cuidado e garantindo maior transparência e segurança dos dados.

O Meu SUS Digital é o aplicativo oficial do Ministério da Saúde e serve como porta de acesso aos serviços do SUS de forma digital, permitindo que o cidadão acompanhe seu histórico clínico e utilize soluções digitais para ser protagonista de sua saúde (6). Com o objetivo de avaliar, entre outros aspectos, a usabilidade do *Meu SUS Digital*, foi realizada uma pesquisa em nível nacional, intitulada *Literacia Digital e a Experiência de Cidadãos Usuários do Aplicativo e de Profissionais da Atenção Primária à Saúde*.

A pesquisa foi conduzida em 12 cidades brasileiras, localizadas em diferentes estados, e envolveu a aplicação de questionários sobre o *Meu SUS Digital* para usuários do SUS e profissionais da saúde. O foco foi identificar o nível de literacia digital da população em relação ao aplicativo e entender suas percepções sobre funcionalidades e experiência de uso.

OBJETIVO

Este trabalho apresenta um relato sobre o processo de coleta de dados realizado no Distrito Federal no contexto da pesquisa sobre o aplicativo Meu SUS Digital. A partir de anotações feitas durante as coletas e dos diários de campo produzidos ao longo da investigação, busca-se refletir sobre as

1 Universidade De Brasília (UnB). E-mail: ellainecosta@gmail.com

estratégias utilizadas para abordar e engajar os participantes, os desafios enfrentados durante a execução do trabalho de campo e os aprendizados construídos nesse processo, destacando o potencial educativo da coleta de dados em saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em 10 UBS do Distrito Federal, incluindo as unidades da Estrutural, Águas Claras, Santa Maria e Gama, nas quais esse relato se baseia. Ao longo da coleta, nesses locais, foram obtidos 17 questionários. Para atingir esse número, foi necessário um esforço considerável, que envolveu desde a abordagem inicial até o engajamento efetivo dos participantes na pesquisa.

Durante a coleta, foi abordado um total de 183 pessoas, das quais 113 não conheciam o aplicativo e suas funcionalidades, mas solicitaram uma explicação detalhada sobre ele. Isso evidenciou que, além da coleta de dados, também foi realizado um trabalho de educação em saúde, fornecendo informações sobre o aplicativo, o processo de login e suas funcionalidades.

Embora essa tarefa não fosse uma responsabilidade direta, o papel de orientação foi considerado essencial no contexto da pesquisa, especialmente no que tange à conscientização sobre as ferramentas digitais disponíveis.

Particular atenção foi dada ao público idoso, muitos dos quais relataram experiências de golpes virtuais e demonstraram receio em relação às tecnologias. Além disso, expressaram preocupações com boatos que circulavam nas UBS, como a ideia de que as marcações de consultas seriam feitas exclusivamente pelo aplicativo, algo que gerava ainda mais insegurança.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Essa experiência evidenciou o potencial educativo da coleta de dados no contexto da saúde, ressaltando a importância de uma abordagem cuidadosa e de uma escuta ativa para a compreensão das necessidades dos usuários. Também ficou claro o papel fundamental do profissional de saúde na mediação de informações e orientações.

A experiência reforçou a relevância da interação entre profissionais de saúde e a população, destacando como a integração de estratégias informativas pode contribuir para a promoção do bem-estar coletivo.

A partir dessa vivência, evidencia-se a importância de estabelecer uma base sólida de letramento digital da população, com foco no desenvolvimento de competências específicas para diferentes faixas etárias. Embora os aplicativos de saúde representem uma excelente ferramenta, é crucial compreender o nível de conhecimento da população sobre essas tecnologias e como utilizá-las adequadamente.

A eficácia dessas ferramentas está intimamente ligada à capacidade dos usuários de entender suas funcionalidades e incorporá-las ao seu cotidiano, o que exige estratégias educativas adaptadas a cada grupo etário (2,5).

REFERÊNCIAS

- (1) Kemp S. Digital 2023: Global Overview Report. Datareportal [internet]. 2023 Jan 26. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>
- (2) Giunti G. 3MD for Chronic Conditions, a Model for Motivational mHealth Design: Embedded Case Study. JMIR Serious Games. 2018; 6(3):e11631. Doi: 10.2196/11631.
- (3) Orji R, Moffatt K. Persuasive technology for health and wellness: State-of-the-art and emerging trends. Health Informatics J. 2018; 24(1):66-91. Doi: 10.1177/1460458216650979.
- (4) Revere D, Dunbar PJ. Review of computer-generated outpatient health behavior interventions: clinical encounters 'in absentia'. J Am Med Inform Assoc. 2001; 8(1):62-69. Doi: 10.1136/jamia.2001.0080062.
- (5) Sittig S et al. Incorporating behavioral trigger messages into a mobile health app for chronic disease management: randomized clinical feasibility trial in diabetes. JMIR Mhealth Uhealth. 2020; 8(3):e15927. Doi: 10.2196/15927.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Meu SUS Digital [internet]. 2024 [citado 2025 abr. 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meusudigital>

APLICATIVOS DE AUTOMONITORAMENTO EM SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES JURÍDICAS

Camille da Silva Azevedo Ataíde¹

Dennis Verbicaro Soares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Problematizar as práticas de autorastreamento em saúde mediado por tecnologias digitais, como softwares, aplicativos de smartphones e dispositivos vestíveis (wearable devices) é urgente em razão do seu crescimento vertiginoso. Até o ano de 2016, existiam mais de 160.000 aplicativos médicos e de saúde no mercado (1). O número de downloads desses aplicativos pode chegar a números surpreendentes. Até agosto de 2018, o aplicativo Calendário Menstrual App e o Clue Calendário do ciclo menstrual e ovulação App contavam com mais de 50 milhões e 10 milhões de downloads, respectivamente (2).

Os dados coletados no âmbito dessas práticas são biomarcadores que indicam condições pessoais de saúde, aptidão e sinais vitais, como pressão sanguínea, calorias consumidas, distâncias percorridas, horas de sono, peso corporal, bem como aspectos de saúde mental. Por meio também das narrativas neoliberais, o estímulo ao uso de tais dispositivos é fomentado tanto no âmbito privado do mercado de consumo, quanto nas práticas institucionais de saúde pública. Hoje, milhões de pessoas no Brasil e no mundo incorporaram tais dispositivos no seu cotidiano como forma de melhor gerenciar as condições da própria saúde. Os impactos das tecnologias de self-tracking ocorrem à nível de tecnovigilância, autonomia informacional e uso indevidos dos dados pessoais (3).

Na atual economia de dados, os dados possuem valor de mercado e hoje já é habitual a prática, pelas empresas, de criação de perfis digitais acerca das pessoas para posterior venda, com o objetivo de subsidiar decisões em distintas esferas. Assim, dados de saúde podem ser usados na construção desses perfis e influenciar decisões discriminatórias por parte de potenciais empregadores, operadoras de planos de saúde e instituições financeiras, por exemplo. Tais possibilidade adversas, todavia, escampam à compreensão dos seus usuários, mitigando a autonomia que deveria existir em um terreno cheio de vulnerabilidade e perigos, como o espaço virtual.

OBJETIVO

A pesquisa teve como objetivo geral verificar quais os principais desafios jurídicos suscitados pelas tecnologias de automonitoramento em saúde, em especial os aplicativos de saúde, no contexto da atual economia de dados pessoais estruturada sob as bases da racionalidade neoliberal, com ênfase em aspectos ligados à proteção de dados e à autonomia informativa dos usuários de tais dispositivos.

¹ Doutoranda e Mestra em Direito pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Membro do Grupo de Pesquisas Judiciárias do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJE/PA). E-mail: camille_ataide@yahoo.com.br

METODOLOGIA

A pesquisa utilizou o método prioritariamente indutivo, por ser um processo de raciocínio em que se parte de observações ou casos específicos para chegar a conclusões gerais. Assim, foram analisadas pesquisas empíricas realizadas por outros pesquisadores acerca do uso de aplicativos de saúde, seus tipos, layouts, formas e condições de utilização, o que permitiu problematizar aspectos gerais dessas práticas à luz do Direito. Ainda, tratou-se de pesquisa exploratória e bibliográfica, com abordagem qualitativa e transdisciplinar. Teve como referencial teórico os ensaios de Pierre Dardot e Christian Laval, fundamentados na biopolítica foucaultiana, acerca da racionalidade neoliberal que orienta distintos aspectos da vida, à luz da qual foi possível analisar como as tecnologias de automonitoramento se inserem nessa lógica neoliberal. Ainda, utilizou-se os estudos da socióloga Deborah Lupton sobre medicina, saúde pública, risco e saúde digital, bem como, no aspecto jurídico, fundamentou-se as problemáticas jurídicas identificadas na doutrina nacional de Dennis Verbicaro e Guilherme Martins, orientada à questão da proteção de dados pessoais no espaço virtual.

RESULTADOS

Foi possível verificar diversos aspectos problemáticos que a cultura do automonitoramento suscita, que vão desde questões relacionadas à tecnovigilância e à normalização de condutas, nas quais os algoritmos exercem um protagonismo perigoso em razão das formas obscuras de sua atuação, até questões relacionadas à violação da privacidade, autonomia informativa, segurança dos dados pessoais e venda de big data. Inicialmente, observou-se que a racionalidade neoliberal contribui para forjar o indivíduo ‘empreendedor saudável de si’, responsável por maximizar sua saudabilidade, utilizando as informações e os recursos disponíveis para alcançar os padrões correntes que indicam o que é ser saudável e estar apto fisicamente (4).

Tal como empresário na gestão da empresa, o indivíduo deve conferir máxima atenção e esforço no gerenciamento dos riscos à sua saúde. Assumindo uma subjetivação “contábil e financeira”, o indivíduo passou a se relacionar consigo como um capital que precisa valorizar-se cada vez mais, tal como um “capital humano”. Ainda, observou-se que a cultura do automonitoramento é uma manifestação dessa nova mentalidade gerencial que recai não apenas sobre os indivíduos, mas sobre toda a sociedade e nas práticas institucionais dos sistemas de saúde, por exemplo (5).

Os aplicativos de automonitoramento são os que exigem maior inserção de dados pelos usuários, que podem fazê-lo de forma manual ou a captação pode ser automática pelo próprio celular ou mediante uso de dispositivo wearable com sensores, estimulados por estratégias de gamificação que aumentam o engajamento dos usuários. Verificou-se, como um dos principais riscos atrelados a tais práticas, que os dados de saúde fornecidos pelos usuários podem ser apropriados indevidamente por terceiros em um vazamento de dados e manipulados para a construção de perfis e vendidos, por exemplo, para seguradoras, planos de saúde ou potenciais empregadores, os quais de posse de tais informações, podem oferecer preços distintos para a contratação conforme o risco apresentado ou até

mesmo negar a contratação em razão de doença grave pré-existente. Os perfis criados pelos algoritmos de inteligência artificial não são neutros, pelo contrário, carregam os vieses e preconceitos de quem os manipulam, além de possuírem valor econômico na atual economia de dados (6).

Esse processo de profiling ocorre mediante a correlação de dados acerca de determinada pessoa pela atuação dos algoritmos, de modo que, a partir do perfil virtual criado, é possível analisar e prever aspectos relacionados a sua situação financeira, saúde, preferências pessoais, comportamento, localização, dentre outros aspectos (7).

Esses e outros riscos associados à vulnerabilidade dos dados no espaço virtual não são informados aos usuários no início da utilização, incluindo tanto o paciente quanto o profissional da saúde, esses últimos que são incentivados a incorporar tecnologias digitais em sua atuação de modo a legitimar a sua expertise profissional. Assim, o consentimento dado pelos usuários não é devidamente esclarecido e informado, comprometendo todo o paradigma da vontade livre e consciente que deve alicerçar as relações jurídicas em um Estado Democrático de Direito.

Constatou-se que o fornecimento de dados pessoais aos aplicativos aparece como condição para que sejam gratuitos ou mesmo para que seja possível utilizá-los. No GRAVIDEZ+ App, por exemplo, há informações sobre o recolhimento de dados pessoais, obrigatórios para o uso do aplicativo, o que nos permite questionar: que consentimento é esse que não dá outra opção para o seu uso senão pelo fornecimento obrigatório de dados pessoais? Portanto, que cautela os usuários teriam para ler e compreender os termos de uso se apenas o consentimento total de fornecimento de dados os habilita para a fruição imediata das utilidades do aplicativo? Observou-se que a não territorialização desses serviços, com a sede dos desenvolvedores dos softwares em outros países e continentes, igualmente representa desafios à unidade regulatória e à própria compreensão das “Políticas de Privacidade” e “Termos de Uso”. Embora os aplicativos sejam traduzidos para o português, determinadas “Políticas de Privacidade” ainda constam no idioma de origem (8).

Em decorrência também da não territorialização dos serviços, as diretrizes e métricas para aferir o nível de saúde e bem-estar dos usuários são formuladas a partir de estudos que levam em consideração aspectos da população de determinada região e que naturalmente podem não condizer com os de outras regiões. Por exemplo, quando as condicionantes gerais de saúde são bem atendidas, como em países como a Suíça, os índices de saudabilidade tendem a ser mais elevados, o que pode resultar em patamares difíceis de serem alcançados por usuários de países periféricos.

Constatou-se que a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) representa um importante marco legislativo na proteção de dados pessoais em saúde, especialmente por impor obrigações como: tratamento limitado ao consentimento expresso, salvo em situações excepcionais previstas na lei; limitado ao mínimo necessário para atingir a finalidades específicas, legítimas e informadas ao titular no momento da coleta; o controlador deve adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas adequadas para proteger os dados pessoais sensíveis contra acessos não autorizados, vazamentos e perdas, tal como a criptografia; fornecimento de meios para que o titular dos dados possa

acessar, corrigir e, se necessário, excluir os dados de determinada base; notificação de incidentes de segurança à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e aos titulares dos dados afetados, dentre outras obrigações.

Ao final, concluiu-se que, não obstante a LGPD representar um importante marco legislativo na proteção de dados pessoais em saúde, a maneira como os serviços são prestados por aplicativos digitais desafiam a verificação se as medidas preventivas estão sendo adotadas, em razão da intangibilidade desses serviços e comercialização no mercado difuso que é a internet. O desenvolvimento desses serviços não requer infraestrutura física e nem extensa cadeia produtiva, o que torna difícil a tradicional avaliação por inspeção sanitária, por exemplo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O aumento da utilização de aplicativos de automonitoramento em saúde é motivado por um otimismo no poder das tecnologias baseadas em dados para dar orientações significativas de saudabilidade. A euforia que essas tecnologias suscitam conduzem à sua incorporação no cotidiano de milhões de pessoas e na prática médica, todavia, o entusiasmo em torno dessa utilização ofusca a reflexão crítica que se deve exercer sobre o seu modo de funcionamento, especialmente pelo fato de que as problemáticas identificadas estão relacionadas à violação da privacidade, intimidade, autonomia informativa e com potencial de resultar em decisões discriminatórias.

A partir das evidências encontradas, apela-se para que a utilização das tecnologias digitais de saúde ocorra da forma mais cautelosa, reflexiva e cautelosa possível, por se tratar da coleta de dados pessoais sensíveis, altamente visados e lucrativos na nova economia de dados. Assim, apenas um olhar crítico acerca dessas práticas, a começar pelos profissionais da saúde que recomendam tais tecnologias para os seus pacientes, é capaz de redundar em conquistas legislativas significativas que dê conta efetivamente da proteção dos dados enquanto extensão da personalidade humana.

REFERÊNCIAS

- (1) Castiel LD. Ensaios fora do tubo: a saúde e seus paradoxos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Hucitec Editora; 2021.
- (2) Paletta GC, Nucci MF, Manica DT. Aplicativos de monitoramento do ciclo menstrual e da gravidez: corpo, gênero, saúde e tecnologias da informação*. Cad Pagu. 2020;(59):e205908.
- (3) Lupton D. Self-tracking, health and medicine. Health Sociol Review. 2016;26(1):1-5. Doi: 10.1080/14461242.2016.1228149.
- (4) Castiel LD. Ensaios fora do tubo: a saúde e seus paradoxos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Hucitec Editora; 2021.
- (5) Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016.

- (6) Verbicaro D. Algoritmos de consumo: discriminação, determinismo e solução online de conflitos na era da inteligência artificial. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2023.
- (7) Martins G, Mucelin G. Inteligência artificial, perfis e controle de fluxos informacionais: a falta de participação dos titulares, a opacidade dos sistemas decisórios automatizados e o regime de responsabilização. Rev Direito Consumidor. 2023(146):93-128.
- (8) Paletta GC, Nucci MF, Manica DT. Aplicativos de monitoramento do ciclo menstrual e da gravidez: corpo, gênero, saúde e tecnologias da informação*. Cad Pagu. 2020;(59):e205908.

APOIO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM TELEINTERCONSULTA ESPECIALIZADA: UMA SOLUÇÃO COLABORATIVA PARA REDUZIR A INEQUIDADE DIGITAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO NORDESTE BRASILEIRO

Juliana Grazina¹

Camilla do Rosario Nicolino Chiorino

Fernando Gonçalves de Toledo

Ana Flávia Nunes de Araújo

Brunna Gomes Feitosa

Juliana Salomao Rocha de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O pertencimento das práticas em saúde digital promove valorização e personalização no processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, permitindo adaptação às necessidades reais para a manutenção da carreira como promotor da saúde apoiado no processo de coordenação do cuidado como ferramenta valiosa na obtenção das metas de melhorias da saúde dos pacientes (1).

O Projeto TeleNordeste é uma iniciativa de telessaúde do Ministério da Saúde realizada por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde em parceria com a Beneficência Portuguesa de São Paulo com o objetivo de expandir o acesso à saúde em Alagoas, Maranhão e Piauí. O projeto permite que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) acessem 20 especialidades multiprofissionais por meio de teleinterconsultas, teleconsultorias, ações de educação em saúde e educação permanente permitindo assim a realização de uma troca de tecnologia nesses estados.

Os Especialistas de telessaúde do projeto são as referências na articulação dos processos de implementação junto aos profissionais da ponta nas UBS cadastradas. O contato inicial é baseado na criação de vínculo e engajamento por meio de uma abordagem personalizada e ativa, com o objetivo de identificar e superar as barreiras para a implementação da telessaúde em áreas que não tinham experiência prévia com essa ferramenta antes do projeto.

OBJETIVO

Instrumentalizar a gestão do apoio na coordenação do cuidado pós teleinterconsulta realizada pela equipe multiprofissional como solução digital colaborativa, ampliação da maturidade em telessaúde estabelecendo conexão com as UBSs.

Identificar as principais situações norteadoras para fundamentar a busca ativa dos trabalhadores das unidades de saúde à fim de pertencê-los em tratativas no apoio da coordenação do cuidado em telessaúde.

1

Beneficência Portuguesa de São Paulo - BP. E-mail: juliana.grazina@bp.org.br

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vinculado ao projeto Telenordeste BP envolvendo os especialistas de telessaúde/enfermeiros como interlocutores para garantir que as metas de saúde combinadas durante o teleatendimento sejam pertencidas pelos profissionais dos territórios corresponsáveis pelo cuidado dos pacientes, fundamentado na transferência de tecnologia.

A teleinterconsulta é uma ferramenta que permite o atendimento triangulado entre o profissional de saúde de nível superior da UBS, o especialista do Telenordeste e o paciente, visando trocar informações para auxiliar no diagnóstico e tratamento. O primeiro atendimento deve ser realizado com o clínico da unidade devido ao apoio na produção de documentos inerente a este profissional, e os retornos podem ser feitos com outro profissional de nível superior. Além disso, a teleconsultoria pode ocorrer entre os profissionais na ausência do paciente para garantir a continuidade do cuidado e reduzir os absenteísmos.

Inicialmente as indicações de apoio nas coordenações do cuidado eram recebidas através de aplicativo de mensagem instantânea e compiladas em Planilha Excel e Planner, no momento são encaminhadas através de um Forms.

RESULTADOS

Com início dos Apoios na Coordenação do cuidado em novembro de 2022, foram articuladas com os profissionais das UBSs 777 situações de apoios pós teleatendimento até fevereiro de 2025 sendo:

- 556 solicitações para envio de documentos e novas orientações, incluindo manejos em laudos escolares para casos de neurodiversidade infantil, avaliações de risco cirúrgico, planos alimentares e orientações terapêuticas;
- 96 priorizações de retornos aos especialistas do Telenordeste como encaixes autorizados, articulação com outras especialidades para garantir cuidado holístico;
- 59 apoios com a Rede de Atenção à Saúde do território por priorização em sistemas de regulação de exames e procedimentos, obtenção de insumos e medicações específicos da condição clínica;
- 43 indicações de auxílio relacionado à boas práticas operacionais do projeto: dados obrigatórios no agendamento, profissionais para a realização da teleinterconsultas, formas de estratificação de grupos de pacientes para serem atendidos no projeto, incorporação do Telenordeste durante a rotina da UBS;
- 23 sinalizações para inclusão nas linhas de cuidado do projeto. Esta ação visa aumentar a oferta de atenção especializada, com foco no usuário e transferência de tecnologia promovendo uma APS coordenadora e resolutiva.

Estas solicitações de apoio nas gestões de saúde aos pacientes atendidos fundamentaram a criação de parcerias entre os Especialistas de telessaúde/Enfermeiros do projeto e os profissionais das

unidades de saúde. A colaboração de cuidado à distância fortaleceu o uso efetivo das tecnologias por meio da articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde, trabalho multidisciplinar e novas formas de atenção.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O escopo dos Especialistas de telessaúde/Enfermeiros do Projeto Telenordeste BP é fundamentado conforme os objetivos do Programa SUS Digital relacionado a redução das desigualdades no acesso às soluções e serviços de telessaúde, promovendo a conscientização e o engajamento dos atores do SUS no uso das tecnologias digitais, além de fomentar o letramento digital, a cultura da saúde digital e a proteção de dados pessoais. (2). Neste sentido, identificar oportunidades e formas para apoiar na compreensão da importância da transformação digital em localidades infoexcluídas são fundamentais para a criação de valor em meio de uma intensa rotina de demandas espontâneas características das unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Costa ICP, Costa AS, Garbuio DC, Zamarioli CM, Eduardo AHA, Carvalho EC. Telessaúde na assistência ao paciente por enfermeiros de prática avançada: revisão sistemática. *Acta Paulista Enferm.* 2025.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028. Brasília, DF: MS; 2020.

APRENDIZADO DE MÁQUINA NA INTERPRETAÇÃO DE DADOS PÚBLICOS: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES ASSOCIADOS COM A DESNUTRIÇÃO

Catarina Fernandes da Madalena¹

Valentino Albani Cassa

Felipe de Souza Cardoso

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As questões nutricionais são, atualmente, uma das principais preocupações da saúde pública brasileira, com destaque para a desnutrição. No Brasil, existe o objetivo de consolidar informações sobre o estado nutricional, focado no Índice de Massa Corporal (IMC) e na alimentação da população, atendida pelos serviços de atenção básica, no país (1). Considerando a importância do sistema de vigilância alimentar e nutricional, observa-se a possibilidade de integrar seus dados, com o apoio de tecnologias avançadas, como o aprendizado de máquina e a inteligência artificial. Esses dados podem ser processados para identificar padrões, prever tendências e criar modelos preditivos. Isso permite que os profissionais de saúde antecipem riscos e elaborem estratégias personalizadas de prevenção e tratamento, aumentando a precisão e a eficiência dos atendimentos.

OBJETIVO

Tornar evidente como a manipulação de dados públicos, combinada com o uso da computação, pode trazer benefícios significativos para o cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente no enfrentamento de duas das maiores questões de saúde pública da atualidade: desnutrição e baixo peso.

METODOLOGIA

A partir do banco de dados aberto do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2), foram extraídos, através da biblioteca Pysus, 1.000.000 de registros anônimos, sobre acompanhamentos nutricionais, em 2023, considerando adultos e idosos de todas as regiões do Brasil. Para a seleção de preditores, foram realizados testes estatísticos de qui-quadrado e análise de variância (ANOVA). Após o tratamento dos dados, com exclusão dos inconsistentes e incompletos, foi elaborado um modelo preditivo, para classificar indivíduos com baixo peso ($IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$), considerando o estado nutricional como variável dependente. Dado o desbalanceamento das classes da variável dependente (12,9% de baixo peso, sendo o restante eutrófico), foram aplicadas as técnicas SMOTE (3) e Random Undersampling. O conjunto de dados foi dividido em 85% para um “treino” e 15% para o “teste”, sendo a performance avaliada por métricas, como área sob a curva ROC (AUC), precisão, sensibilidade,

¹ Discente da Faculdade de Medicina de Petrópolis / Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: ccatarinamadalena@gmail.com

acurácia e F1-Score. Foram testados cinco algoritmos: regressão linear, Random Forest, Catboost (4), Adaboost e Gradient Boosting. A importância das variáveis para a decisão final foi verificada com o teste SHAP.

RESULTADOS

Após o pré-processamento dos dados, um total de 225.069 avaliações foram analisadas, com indivíduos entre 19 e 112 anos, apresentando estado nutricional adequado ou abaixo do peso ideal. Dentre as variáveis iniciais (incluindo características sociodemográficas e antropométricas), as mais relevantes, com $p < 0,05$, foram selecionadas para o modelo: idade, Estado, fase da vida (adultos ou idosos), escolaridade, gênero, aspectos étnicos e culturais. As técnicas utilizadas para tratar o desbalanceamento resultaram em classes equilibradas entre eutróficos e baixo peso. O SMOTE gerou 195.984 amostras sintéticas da classe minoritária (baixo peso), enquanto o Random Undersampling reduziu a classe maior (eutróficos) para 29.085 amostras, garantindo equilíbrio e evitando viés no treinamento do modelo. Os algoritmos testados apresentaram diferenças significativas de desempenho. O Random Forest teve a pior performance, com AUC de 0.667, provavelmente devido à sua natureza mais simples, em comparação com modelos mais modernos, como o Gradient Boosting, que obteve AUC de 0.739. Embora o threshold de 0.5 seja o mais comum para classificação, testes com valores entre 0.1 e 0.9 foram realizados para ajustar o modelo (5). O melhor desempenho com o threshold de 0.2, alcançou uma precisão de 0.880, indicando alta eficácia na classificação. A sensibilidade foi de 0.972, destacando a identificação de casos de baixo peso. A métrica F1-Score de 0.923, refletindo um bom equilíbrio entre precisão e sensibilidade. O gráfico de shapley foi utilizado para analisar a importância das variáveis, com maior destaque para a fase da vida / idade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O modelo de aprendizado de máquina pode prever o desfecho de pacientes com desnutrição e baixo peso, tornando-se uma ferramenta valiosa na identificação de potenciais riscos. Essa abordagem fortalece o cuidado aos afetados, possibilita orientações aos tratamentos, contribuindo para a redução da mortalidade associada à doença. Para o outro extremo, considerando os casos de obesidade, por exemplo, caberia uma reflexão sobre sua nova classificação (6), que considera métricas além do IMC, como perímetro da cintura e a bioimpedância. Esse modelo de categorização, no entanto, ainda não está incorporado aos dados públicos, representando uma lacuna para a formulação de estudos mais precisos. De qualquer forma, a ampliação das aplicações do aprendizado de máquina, englobando um número de indicadores cada vez maior, possibilitaria melhores estratégias para promoção de saúde, prevenção de doenças e atualizações, para que as políticas públicas e ações sejam cada vez mais efetivas.

REFERÊNCIAS

- (1) Mrejen M, Cruz MV, Rosa L. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como ferramenta de monitoramento do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(1):e0012026.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>
- (3) Blagus R, Lusa L. SMOTE for high-dimensional class-imbalanced data. *BMC Bioinformatics*. 2013;14:106. Doi:10.1186/1471-2105-14-106.
- (4) Hancock JT, Khoshgoftaar TM. CatBoost for big data: an interdisciplinary review. *J Big Data*. 2020;7:94. Doi:10.1186/s40537-020-00369-0.
- (5) Ghilardi R et al. Machine learning for predicting Chagas disease infection in rural areas of Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(4):e0012026.
- (6) Halpern B et al. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Arch Endocrinol Metab*. 2022;66(2):183-202.

APROVEITAMENTO INTEGRAL DOS ALIMENTOS: UMA ABORDAGEM PRÁTICA NAS OFICINAS DO SESC MESA BRASIL ES

Jannayna do Amaral Schiffler dos Santos¹

Adriely Dias Cozer Campos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sesc Mesa Brasil desde sua criação colabora efetivamente na melhoria da qualidade de vida e na inclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social, agregando valor nutricional às refeições ofertadas pelas entidades sociais assistidas, além de contribuir para a construção de conhecimentos relacionados às políticas públicas estruturantes da segurança alimentar e nutricional (1). No estado do Espírito Santo atua na modalidade de banco de alimentos e assiste 187 entidades sociais, beneficiando em média 26 mil pessoas por mês (2).

Parte desse processo são as oficinas de culinária de aproveitamento integral dos alimentos, uma estratégia de Educação Alimentar e Nutricional, que se insere no âmbito das políticas públicas da promoção de saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional (3).

Trata-se de um importante instrumento de conhecimento e de práticas essenciais para o uso do alimento de forma integral, por meio do aprimoramento de habilidades culinárias que permitam a elaboração de pratos saborosos e de baixo custo, minimizando a quantidade de alimentos que iriam para o lixo em perfeitas condições de consumo. Essas ações são necessárias, pois, além da capacitação, sensibilizam as trabalhadoras das instituições sociais e as tornam na prática, agentes promotoras de saúde, possibilitando que os atendidos acessem uma alimentação integral, saudável e nutritiva.

OBJETIVO

Apresentar a importância do aproveitamento integral dos alimentos e instruir na prática como realizá-lo, incentivando a criatividade na elaboração de novas preparações, possibilitando interações e trocas de experiências entre as participantes.

METODOLOGIA

Foram selecionadas seis instituições sociais para sediar as oficinas, os seguintes critérios foram adotados: localização das instituições, vulnerabilidade social dos territórios e infraestrutura adequada para realização das ações. Em cada região da instituição sede, foram convidadas instituições próximas. Coube aos gestores das entidades, a indicação das manipuladoras de alimentos de seus espaços institucionais.

A ação foi dividida em dois momentos. Primeiramente, as nutricionistas explanaram sobre o aproveitamento integral dos alimentos. Posteriormente, supervisionaram e orientaram as participantes

1 Serviço Social do Comercio (SESC). E-mail: jannayna.santos@es.sesc.com.br.

quanto ao preparo das receitas, higienização correta das mãos, dos alimentos, dos equipamentos e utensílios.

As participantes foram separadas em quatro grupos de quatro pessoas, cada grupo preparou uma receita diferente. Ao final, organizou-se uma mesa, todos se sentaram e relataram sobre como foi a experiência e em seguida degustaram os pratos preparados.

Ao término de cada oficina foram aplicados um questionário de avaliação do conteúdo proposto.

RESULTADOS

Foram contempladas 53 instituições sociais e 84 manipuladoras. De acordo a avaliação realizada, 98% dos participantes relataram obter maior conhecimento sobre a temática aproveitamento integral dos alimentos. Em 82% afirmaram que pretendem reproduzir as receitas nas suas residências, na instituição social em que trabalham e ainda transmitir os conhecimentos adquiridos para outras pessoas que não participaram da formação.

Dentre os participantes, segundo os benefícios da ação, 41% responderam que aproveitarão melhor os alimentos evitando assim o desperdício, 34% disseram que obtiveram aprendizado e maior conhecimento e 5% relataram a importância do trabalho em equipe e interação das experiências compartilhadas.

Também foi aplicado um teste de análise sensorial das preparações desenvolvidas. No que diz respeito a receita de almôndegas de batata doce, 84% sinalizaram que gostaram muito, 13% avaliaram como razoável e 3% gostaram pouco. Sobre o bolo de casca de abóbora, 93% dos participantes responderam que gostaram muito, 6% avaliaram como razoável e 1% gostaram pouco. Já o refrigerante caseiro, 75% gostaram muito, 17% e 4% avaliaram como razoável e pouco agradável respectivamente e 2% não gostaram. Quanto a preparação cajuzinho de biomassa e semente de abóbora, os respondentes afirmaram que 82% gostaram muito, 13% gostaram razoavelmente, 3% gostaram pouco e 2% não gostaram. Por fim, em relação ao hambúrguer de abobrinha, obteve-se os seguintes resultados: 81% gostaram muito, 16% sinalizaram como razoável, 2% gostaram pouco e 1% não gostaram.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante dos resultados alcançados é possível afirmar que todas as receitas produzidas tiveram boa aceitação, visto que nos testes de aceitabilidade atingiram percentuais acima dos 70%, demonstrando assim, que é possível preparar alimentos saborosos e nutritivos com as técnicas de aproveitamento integral dos alimentos.

Ao focar nas trabalhadoras das instituições sociais como público-alvo, proporcionamos a elas uma experiência que as transformam em multiplicadoras de conhecimento. Ao aprenderem a utilizar partes dos alimentos que normalmente seriam descartadas, elas não apenas ajudam a reduzir o desperdício, mas também promovem um modelo de consumo mais sustentável, especialmente em um

contexto onde o acesso aos alimentos podem ser limitados. Essa sensibilização também pode contribuir para a melhoria da saúde das populações mais vulneráveis, uma vez que promove uma alimentação mais variada e nutritiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Serviço Social do Comércio. Departamento Nacional. Guia do Programa Mesa Brasil Sesc. Rio de Janeiro: Sesc/DN; 2016.
- (2) Serviço Social do Comércio (Espírito Santo). Relatório de atividades 2023. Espírito Santo: SESC-ES; 2023.
- (3) Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012.

ASOCIACIÓN ENTRE PATRONES DIETÉTICOS Y CÁNCER

Luz Adriana Meneses Urrea¹

Narly Benachi Sandoval

Manuel Vaquero Abellan

Dolly Arena Villegas

Mauricio Hernandez Carrillo

Guillermo Molina Recio

INTRODUCCIÓN

Un patrón alimentario se refiere a la ingesta real de alimentos de una persona, la cual es seleccionada de manera más o menos consciente. Los patrones dietéticos están influenciados por una variedad de factores como la cultura, los valores sociales, las actitudes y la disponibilidad de recursos (1).

El cambio en la dieta y en el estilo de vida han contribuido al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares y diversos tipos de cánceres (2).

De acuerdo a Globocan, en 2020, la incidencia y la mortalidad por cáncer está aumentando rápidamente en todo el mundo debido al envejecimiento de la población, así como a cambios en los factores de riesgo asociados al desarrollo socioeconómico (3).

Por otro lado, se estima que un 30% de las muertes atribuidas al cáncer están relacionadas con la alimentación y nutrición (4). Por todo lo anterior, la investigación sobre la asociación entre patrones alimentarios y cáncer contribuye a la prevención de esta patología, al identificar alimentos con propiedades quimiopreventivas que pueden modular la iniciación, promoción y progresión de la neoplasia maligna (5).

OBJETIVO

Determinar los factores nutricionales y sociodemográficos asociados a diferentes tipos de cáncer en regiones de Colombia.

METODOLOGÍA

Estudio ecológico multigrupo basado en datos de la Cuenta de Alto Costo (HIGIA) y la Encuesta Nacional de Estado Nutricional de Colombia 2015 (ENSIN). Se incluyeron 16.216 sujetos de 15 a 64 años en seis regiones: Atlántico, Central, Oriental, Pacífico, Amazonia-Orinoquía y Bogotá.

1 Universidad de Córdoba. E-mail: luz.meneses00@usc.edu.com.

Se analizaron variables sociodemográficas, estado nutricional, hábitos alimentarios y enfermedades crónicas. Se realizó un análisis factorial confirmatorio para identificar patrones dietéticos y una regresión lineal múltiple para evaluar su relación con el cáncer. La asociación entre patrones dietéticos y tipos de cáncer sugiere la necesidad de estrategias preventivas adaptadas a cada región. Aunque la exclusión de mayores de 65 años en ENSIN 2015 limita la extrapolación de los resultados, la representatividad de la muestra fortalece la validez del estudio. Este estudio proporciona evidencia clave para diseñar intervenciones dietéticas preventivas y ha permitido identificar variables nutricionales relevantes para la creación de modelos predictivos que contribuyan a la detección temprana del cáncer en la población colombiana.

RESULTADOS

Con el fin de identificar los factores que influyen en la incidencia de cáncer de cérvix, se desarrollaron 13 modelos de regresión logística. El modelo final incluyó 13 variables, de las cuales 5 fueron significativas. Se identificaron asociaciones positivas con la pertenencia al régimen subsidiado o no estar afiliado ($p=0,002$), tener diabetes mellitus ($p=0,007$) y seguir una dieta vegetariana ($p=0,098$); Por otro lado, el patrón alimentario conservador ($p=0,013$), y la residencia en áreas rurales o dispersas ($p=0,003$), mostraron asociaciones negativas con la incidencia de cáncer de cérvix.

Con referencia al cáncer de colon-rectal y gástrico, el análisis multivariado reveló que el incumplimiento de la recomendación de actividad física vigorosa ($p = 0,00$) y el consumo del patrón bebidas/alimentos a la parrilla ($p = 0,01$) estaban significativamente asociados con una mayor incidencia de cáncer colorrectal. En contraste, el consumo del patrón dietético conservador ($p = 0,046$) y la afiliación al régimen contributivo ($p = 0,01$) y subsidiado ($p = 0,02$) se relacionaron con una menor incidencia de este tipo de cáncer.

En relación con el cáncer gástrico, se observó que residir en la región Pacífica ($p = 0,001$), tener una mayor edad ($p = 0,00$) y el consumo de bebidas/parrilladas ($p = 0,006$) estaban asociados con un aumento en la incidencia. Por el contrario, pertenecer al primer cuartil de riqueza ($p = 0,002$) y tener sobrepeso ($p = 0,01$) u obesidad ($p = 0,01$) se asociaron con una menor incidencia de cáncer gástrico.

CONSIDERACIONES

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre un mayor riesgo de incidencia de cáncer de cérvix y la pertenencia al régimen de afiliación subsidiado o la ausencia de afiliación médica. El patrón alimentario conservador, caracterizado por el consumo de frutas, verduras y alimentos integrales, se asocia con una disminución en la incidencia del cáncer de cérvix y colorrectal, el consumo elevado de alimentos parrilla y bebidas está asociado con un mayor riesgo de desarrollar cánceres de estómago y colorrectal. Estos hallazgos subrayan la importancia de adoptar dietas saludables como una estrategia clave en la prevención de estos tipos de cáncer

Finalmente, se recomienda el diseño de políticas públicas de educación nutricional y se enfatiza la necesidad de estudios longitudinales que exploren con mayor precisión las relaciones entre dieta y cáncer.

REFERENCIAS

- (1) Popkin BM. Nutrition in transition: The changing global nutrition challenge. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2001;10(suppl.):S13–S18.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas, Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS; 2003. (916).
- (3) Sung H et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. Doi: 10.3322/caac.21660.
- (4) Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: Third version (2003). *Ann Oncol.* 2003;14(7):973–1005. Doi: 10.1093/annonc/mdg305.
- (5) Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria.* 2018;50(Supl. 1):41–65. Doi: 10.1016/S0212-6567(18)30362-7.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ASSISTIDAS EM UM PSF DE UM BAIRRO DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL DE PETRÓPOLIS, RJ

Íris Rigolon Machado Giglio Santos 1

Jennifer Alessandra Henriques Pedro

Ana Iasmin Rodrigues Bruno

Caroline Cesar Iwashima

Maria Clarissa Nunes Braun

Marcella Doffini Rabello

Talita Lelis Berti

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A avaliação do estado nutricional antropométrico é um indicador importante de saúde pública, especialmente nas crianças, uma vez que déficits nutricionais nesse público podem estar relacionados com o aumento da morbimortalidade e impactar de maneira negativa o desenvolvimento infantil relacionado à cognição, crescimento e desempenho (1). Diante disso, se torna essencial o monitoramento e a avaliação do estado nutricional das crianças por meio da mensuração de peso, altura, e obtenção de índices antropométricos com intuito de detectar precocemente casos de desnutrição, atraso no crescimento ou mesmo sobrepeso e obesidade infantil (2). É essencial a identificação precoce de condições que exigem intervenções imediatas, a fim de prevenir complicações na saúde física e cognitiva das crianças. Nesse contexto, avaliar o estado nutricional antropométrico de crianças menores de cinco anos contribuirá para o planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos nutricionais nessa faixa etária.

OBJETIVO

Realizar um levantamento, a partir do banco de dados público da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sobre a situação dos antibióticos que estiveram em situação de descontinuidade no mercado brasileiro no período de 2020 até 2024. Extrair as variáveis disponíveis no banco de dados público para análise; realizar uma reflexão que leve em consideração o período da pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório que utiliza a base de dados pública da ANVISA, acessada pelo site oficial. O objeto dessa pesquisa são os antibióticos, tendo em vista o impacto que os mesmos têm no tratamento de saúde para inúmeras situações que acometem a população. A escolha por essa

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail Machadoiris8@gmail.com.

classe terapêutica remete a necessidade discutir sobre o conceito de medicamentos essenciais, ou seja, aqueles que atendem às necessidades de saúde da população, devendo estar disponíveis a todos. As variáveis que foram analisadas por esse estudo são: 1) tipo de descontinuação que pode ser definitiva ou temporárias; 2) o motivo registrado para a descontinuação; 3) as empresas responsáveis pela produção dos medicamentos; e 4) o insumo farmacêutico ativo descontinuado. O período a ser estudado será de 2020 até 2024, pois é interesse desse trabalho ver se há impacto da pandemia na disponibilidade dessa classe terapêutica. Esse estudo é parte de um projeto financiado pelo CNPq que discute o tema da saúde e o Estado brasileiro dependente a luz da TMD, e tem o desabastecimento sanitário como uma das consequências da subordinação do setor farmacêutico em relação ao sistema interestatal capitalista.

RESULTADOS

Ao longo do período foram encontrados um total de 99 notificações de descontinuação de antibióticos no mercado brasileiro. Os anos que tiveram maiores registros foram 2022 e 2024 totalizando 28 e 31 eventos, respectivamente. O ano de 2023 teve o menor número de notificações totalizando apenas sete registros. Nesse primeiro momento chamou atenção o fato de os dois primeiros anos, pico da pandemia de COVID-19, não terem destaque. A grande maioria das descontinuações foram do tipo temporária, somando 82,8% do total. Dentre os produtos os que mais se destacaram foram os betalactâmicos, que incluem penicilinas, cefalosporinas, carbapenéns. Já o motivo que mais foi utilizado de justificativa para o total dos eventos foi “motivação comercial”, que segundo o site da própria agência define como: “o laboratório não tem mais interesse na comercialização do produto” (ANVISA). É de conhecimento que o Brasil apresenta uma dependência relevante no setor farmacêutico, frutua a alta participação de importações que compromete o acesso a medicamentos no Brasil de maneira geral e especialmente na integralidade e sustentabilidade de um sistema universal como o SUS (4). Insumos farmacêuticos ativo de antibióticos apresentaram déficit comercial de -US\$ 4,1 bilhões entre 2000 a 2020. Com agravante de as importações terem passado de US\$ 130 milhões em 2000, para US\$ 374 milhões em 2020, totalizando aproximadamente US\$ 4,9 bilhões. Enquanto as exportações foram US\$ 825 milhões, no mesmo período (5). O cruzamento entre os dados de descontinuidade somado a um déficit crescente da balança comercial aponta para o grau a fragilidade do Brasil frente a uma classe de medicamentos essenciais e estratégico quanto ao direito à saúde e integralidade do cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O perfil de descontinuidade apresentando no banco de dados da Anvisa sinaliza que há uma estratégia de mercado das empresas quanto a presença ou ausência dos antibióticos comercializados no país. Ao mesmo tempo alerta para o fato de que as descontinuidades ocorrem com uma classe de antibióticos amplamente utilizada e consolidada no mercado. Trata-se de medicamentos que não apresentam patentes vigentes, não podem ser considerados de tecnologia inovadora e pouco explorada; pelo contrário, são medicamentos considerados antigos e com uma tecnologia amplamente difundida.

Sendo assim, poderiam estar sendo desenvolvidos por produção nacional. Outro ponto que merece destaque são os dados no período da pandemia que pode indicar uma subnotificação, levando a uma limitação desse estudo. Por fim e não menos importante, a dependência do setor farmacêutico para além de significar transferência de valor se coloca como um grande desafio para integralidade do tratamento e o direito a saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil: ENANI [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2029 [citado em 15 Abr 2025]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/>.
- (2) Silva FA et al. A importância da educação nutricional na primeira infância: avaliação de indicadores nutricionais e intervenções lúdicas na comunidade escolar Almerindo Alves dos Santos em Eunápolis, Bahia. 2024;10(9):1177-1196. Doi: 10.51891/rease.v10i9.15615.
- (3) BAHIA. REASE [Internet]. 6º de setembro de 2024 [citado 14º de abril de 2025];10(9):1177-96. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15615>

BANZO: DA SAÚDE MENTAL DO ESCRAVO TRABALHADOR À DO TRABALHADOR ESCRAVO

Armando Luís de Oliveira ¹

Alzira Mitz Bernardes Guarany

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A escravização de negros africanos para o trabalho forçado nas colônias foi fundamental para a formação da economia e da sociedade modernas (1), cujos efeitos ainda persistem, impactando a saúde mental e as condições de trabalho dos negros/as no Brasil. O capitalismo mercantil, consolidado pela exploração da mão-de-obra escravizada (2), desumanizou o negro, transformando-o em um “não ser” (3), e, após a abolição, continuou a reforçar as desigualdades sociais e o racismo, pois a modernidade tem como um dos seus pilares a violência (3). Acreditamos que há relação entre a escravidão, o capitalismo e a produção do banzo, que pode ser considerada como uma patologia da (falta de) liberdade (3).

Há rebatimentos até hoje, segunda década do século XXI, na vida e na saúde da população negra do processo de escravização/racismo ao qual foram submetidos os negros por mais de 300 anos. O processo de desumanização, exploração e violências que sofreram teve efeitos funestos nos antepassados, que podem ter rebatido nas gerações seguintes, transformando inclusive suas subjetividades (4).

A escravização também ocorreu em um período histórico em que os países colonizadores diziam defender valores como a liberdade e a igualdade, mas excluía os negros disso (5,6).

OBJETIVO

A pesquisa está buscando problematizar o banzo como efeito da escravização imposta pelo colonialismo, base para a consolidação do capitalismo nascente e uma forma (primeira) de resistir à violência imposta pela colonização.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa está ancorado no método materialista histórico-dialético que nos permite tomar o banzo a partir da sua relação com a totalidade histórica e social da época da escravização, com rebatimentos na saúde mental da população negra até o século XXI, bem como analisá-lo sob uma perspectiva de complexidade, de forma a podermos perceber as mediações e determinações presentes para a compreensão do banzo, sua relação e lugar com o modo de produção escravista e capitalista (4).

A pesquisa fará uma revisão bibliográfica em livros, artigos e materiais que tratem de saúde mental, escravidão, colonialismo, capitalismo e trabalho, assim como busca documental em registros

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: armandoluis@id.uff.br.

históricos de arquivos públicos. O material será lido e articulará os conteúdos se dará à luz da teoria social crítica materialista histórico-dialética, capaz de expor a racionalidade subjacente ao processo complexo e violento que foi o sequestro, escravização e hierarquização de pessoas, além de nos permitir analisar esse período associado a geopolítica internacional e a uma totalidade histórica e social.

RESULTADOS

Moura (7), Nascimento (4) e Fanon (3,8), alguns dos autores lidos, colocam os negros sequestrados das Áfricas e escravizados como protagonistas, assim como ajudam a ressignificar a constituição das suas subjetividades e da sua saúde mental a partir desses processos. A escravização ocorreu na assunção da sociedade moderna, defensora da liberdade e igualdade, que não valia para os escravizados (5). Utilizados na extração de riqueza das colônias, foi alavanca do capitalismo mercantil (7,2).

O banzo, que pode ser entendido como adoecimento mental e suicídio passivo, foi uma das consequências da violência praticada pelos europeus, que sequestraram, desterritorializaram, escravizaram e desumanizaram milhões de negros, reagiram apelando para a inanição, para o enforcamento e o afogamento, ações que podem ter sido para alguns deles a única forma de resistir à vida/morte imposta pela escravidão (9), retomando através disso sua autonomia diante da sua vida, escolheram se imputar a morte.

Moura (7) aponta que os negros foram desterritorializados e coisificados, e uma das formas de resistir a essa violência veio através dos efeitos na sua saúde mental através do banzo, entendido como uma das consequências do processo violento e desumanizador que passaram: definido como morte voluntária, suicídio passivo, deixar-se morrer de inanição e tristeza, ou por métodos como enforcamento, afogamento ou uso de arma branca (9). Um dos pilares da modernidade é a violência, pois impôs o não ser ao negro (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Nossa pesquisa tem indicado que não há banzo sem escravidão, nem capitalismo sem escravidão, ou seja, o banzo e o capitalismo estão ligados. A pesquisa tem buscado estabelecer as implicações entre esses elementos para produção do banzo e entendê-lo como patologia da liberdade (3), resultado da tentativa de reafirmação do sujeito que escolhe não se entregar àquela vida/morte imposta (10).

REFERÊNCIAS

- (1) Marx K. O capital: crítica da Economia Política. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1988.
- (2) Luxemburgo R. A acumulação do capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2021.
- (3) Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. 8. ed. São Paulo: Editora Cabral; 2020.

- (4) Nascimento A. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Editora Perspectiva; 2016.
- (5) Césaire A. Discurso sobre o colonialismo. São Paulo: Veneta; 2008.
- (6) Gonzalez L. Por um feminismo afrolatinoamericano. Rio de Janeiro: Zahar; 2021.
- (7) Moura C. Dialética Radical do Brasil negro. 2. ed. São Paulo: Fundação Maurício Grabois; 2014.
- (8) Fanon F. Os condenados da terra. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2008.
- (9) Oda AMGR. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon; 2008.
- (10) Damasceno WM. Racismo, escravidão e capitalismo no Brasil: uma abordagem marxista. 1. ed. São Paulo: Mireveja; 2022.

BITTER MELON - UMA TÉCNICA PARA CONTROLE DA DIABETES MELLITUS: REVISÃO DE LITERATURA

Cristiano Lopes Amorim¹
Fernanda Santinoni Couto
Filipe Leão Neitzke
Kyliana Gerhardt Sevald
Gabriela Borela Frizon
Huldaci dos Reis Santana Andrade
Simone Stefani Duffek
Rosa Thatiana Maria Pereira Costa
Franceline Gracielle Bento Pereira
Bárbara Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A *Momordica Charantia* (bitter melon, melão amargo ou MC) é uma planta tropical cultivada em diversas partes da Ásia, África e América Latina. Embora a China e a Índia sejam locais significativos de uso tradicional, a planta também tem sido amplamente cultivada e utilizada em outras regiões tropicais por suas propriedades terapêuticas (1). Estudos sugerem que ele pode ajudar a reduzir os níveis de glicose no sangue, o que o torna uma opção de interesse para o controle do diabetes mellitus, principalmente o tipo 2(DM II). A charantina é um dos compostos ativos mais estudados na atualidade, amplamente reconhecida por suas propriedades antidiabéticas, como a capacidade de melhorar a absorção de glicose pelas células, aumentar a secreção de insulina e otimizar a função hepática, que é fundamental para o controle dos níveis de glicêmicos no sangue (2). O composto possui contraindicações para gestantes, lactantes, crianças e pacientes com hepatopatias, além disso, seu uso deve ser sempre supervisionado por profissionais de saúde devido ao seu potencial de interação com medicamentos e efeitos hipoglicemiantes. Por fim, essa substância se adapta bem a climas tropicais e subtropicais, presentes em várias regiões do Brasil, o que torna seu cultivo possível com baixo custo e alta eficiência.

OBJETIVO

Analisar a viabilidade do uso da planta medicinal Bitter Melon (MC) como tratamento alternativo para Diabetes Mellitus tipo 2. Investigação dos seus potenciais benefícios terapêuticos, como a redução dos níveis de glicose no sangue e a melhoria da função hepática. O estudo também busca abordar uma perspectiva social, considerando os elevados custos dos tratamentos para DM convencionais, com o objetivo de oferecer uma alternativa mais acessível e segura para pacientes.

1 Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: cristianolopes760@gmail.com

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de caráter bibliográfico sobre o uso de Bitter Melon para o tratamento de diabetes. Para a realização deste projeto, realizou-se a revisão de artigos indexados em duas das principais bases de estudos eletrônicos, sendo elas PubMed e LILACS. O estudo se baseou na busca de artigos selecionados nos campos título ou resumo, com a utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Definiram-se como descritores de busca as palavras-chave “Bitter melon” OR “*Momordica charantia*” AND “Diabetes”. Os critérios de inclusão foram textos publicados no período de 2015 a 2024, escritos em língua inglesa ou espanhola, o que totalizou 45 artigos. Ademais, em relação aos critérios de exclusão, artigos pagos ou que fugiram do escopo do projeto durante a leitura do resumo foram eliminados da revisão. Por fim, não houve a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um estudo que utiliza dados de domínio público, conforme as diretrizes das Resoluções nº 510/2016 e nº 674/2022 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

O *Momordica charantia* demonstra um potencial terapêutico significativo no controle do diabetes mellitus tipo 2 (DM2), atuando por meio de múltiplos mecanismos. Seus compostos bioativos, como flavonoides, polifenóis, fitoesteróis e polipeptídeo-p, regulam os níveis de glicose no sangue, melhoram a sensibilidade à insulina e reduzem a produção hepática de glicose. Um estudo que analisou os efeitos do suco de melão amargo (MC) fermentado e não fermentado em ratos diabéticos, demonstrou uma efetiva redução da glicose sanguínea pelo MC, além de efeitos antioxidantes. Os efeitos do MC fermentado foram superiores aos do não fermentado, o que foi atribuído a maior quantidade de antioxidantes e à inibição da α -glucosidase (3). Além disso, o extrato de melão amargo (BME) promove a secreção de GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1) nas células enteroendócrinas, mediada pela ativação da via de sinalização TAS2R, contribuindo para seus efeitos antidiabéticos. Estudos clínicos em animais confirmam que o melão amargo reduz a glicemia de jejum em pacientes com DM2, sem alterar significativamente os níveis de HbA1c ou causar efeitos adversos graves (4). Além disso, o polipeptídeo-p, um dos principais compostos isolados do melão amargo, imita a ação da insulina humana, ligando-se ao receptor de insulina e reduzindo os níveis de glicose no sangue em modelos animais de diabetes. Além de seus efeitos hipoglicêmicos, o MC possui propriedades anti-inflamatórias, antioxidantes, imunológicas, antitumorais, hipolipidêmicas e neuroprotetoras, o que o torna relevante também no manejo de doenças como a doença de Alzheimer (DA), que compartilha etiologias comuns com o DM2. No entanto, seu uso não é recomendado para crianças, gestantes ou lactantes devido a possíveis riscos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A diabetes mellitus é uma doença de grande repercussão, que permanece como um desafio ao sistema de saúde pública no Brasil, já que cresce na população cada dia mais. Nas áreas isoladas, a

prevenção e o controle são privilégios para poucos. Esses estudos exploraram o papel e o mecanismo do melão amargo na regulação do metabolismo da glicose, como uma estratégia de intervenção alimentar para prevenir o diabetes e anormalidades metabólicas relacionadas. Os dados do estudo mostraram que o melão amargo tem efeitos de redução da glicose em pacientes com diabetes tipo 2. Sendo assim, o melão amargo é uma terapia complementar promissora para o controle do DM2, com eficácia comprovada na redução da glicemia e segurança no uso a curto prazo. Ademais, são diversas as suas potenciais propriedades terapêuticas descritas na literatura. No entanto, mais estudos são necessários para avaliar seu impacto em parâmetros como HbA1c e seus efeitos a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- (1) Kim SK et al. Eficácia hipoglicêmica e segurança de *Momordica charantia* (melão amargo) em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Complemento O Medicamento*. 2020 Ago; 52:102524. DOI: 10.1016/j.ctim.2020.102524.
- (2) Yedjou CG et al. O manejo do diabetes mellitus usando plantas medicinais e vitaminas. *Int J Mol Sci*. 2023;24(10):9085. DOI: 10.3390/ijms24109085.
- (3) Chang CI et al. O extrato de melão amargo produz múltiplos efeitos nas células epiteliais intestinais e provavelmente contribui para as funções antidiabéticas. *Int J Med Sci*. 2021 24 de fevereiro; 18(8):1848-1856. DOI: 10.7150/ijms.55866.
- (4) Richter E et al. Os efeitos de *Momordica charantia* no diabetes mellitus tipo 2 e na doença de Alzheimer. *Int J Mol Sci*. 2023 2; 24(5):4643. DOI: 10.3390/ijms24054643.

BOAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NA PRODUÇÃO AGRÍCOLA FAMILIAR: UMA EXPERIÊNCIA DESCOLONIAL, INTERSETORIAL E PARTICIPATIVA NO MUNICÍPIO DE MARICÁ-RJ

Lorena Nunes Rodrigues Silva¹

Carolina de Souto Portel

Alcinea Rodrigues Athanazio

Leandra Ribeiro Gêge de Oliveira

Nathália Marques dos Santos

Fabiana de Souza Faria

William Guimarães Lima

Daniella Bittencourt

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O modelo de produção agrícola familiar busca romper com os padrões coloniais de um capitalismo agressivo para os recursos naturais e para as populações locais (1), por meio da resistência das tradições alimentares e culturais de cada povo às práticas de mercado industrial (2). A agroecologia, foco das políticas agrícolas do Município de Maricá-RJ, é caracterizada por práticas descoloniais, que envolvem a criação de projetos para promover a autonomia de pequenos produtores, contribuindo para o desenvolvimento sustentável. Nesse sentido, dentre as diversas iniciativas da Secretaria de Agricultura e Pecuária (SECAP) do município, destaca-se a Feira da Agricultura Familiar, atividade incorporada na programação do Sábado Agroecológico, que visa fomentar a comercialização dos produtores locais e o fortalecimento das técnicas agroecológicas e de sustentabilidade ambiental na perspectiva empreendedora. Considerando que entre as atribuições da Vigilância Sanitária (VISA), estão a promoção e a proteção da saúde da população, visando eliminar, diminuir ou prevenir os riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (3), tornou-se explícita a necessidade de articulação da SECAP e da Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

OBJETIVO

Relatar a experiência da Feira da Agricultura Familiar, desenvolvida no Município Maricá-RJ pela SECAP, a partir da inclusão da equipe multiprofissional de Vigilância Sanitária, na promoção das boas práticas e redução das doenças transmitidas por alimentos. Além disso, destacar seus desafios e potencialidades, para que seja uma estratégia inclusiva para o setor regulado e para a sociedade, e replicável para os interessados.

1 Email: lorenanunesmarica@gmail.com

METODOLOGIA

Em articulação intersetorial, ocorreram reuniões entre a Coordenação de VISA, em parceria com a Vigilância em Saúde da SMS e a SECAP do Município de Maricá, a fim de que fossem programadas e organizadas as ações educativas com os expositores do evento, os pequenos produtores. Depois, realizou-se o alinhamento interno, no qual o Coordenador de VISA procedeu a seleção das equipes multiprofissionais de fiscais sanitários que atuariam nos dias programados, com um nutricionista em cada equipe. Para abordagem inicial ao público, foi elaborada uma cartilha sobre boas práticas na manipulação de alimentos, com a legislação sanitária vigente, abordagens sobre contaminação, doenças transmitidas por água e alimentos e práticas necessárias para garantia da produção segura. Os fiscais apresentaram-se devidamente uniformizados e com crachá, visando melhor identificação para a população. A cartilha foi distribuída para os produtores, enquanto as orientações sanitárias eram passadas pela equipe fiscal. Àqueles que precisavam de adequação, foram redigidas e entregues recomendações específicas. A Feira é aberta ao público e acontece três vezes ao mês em duas localidades do município, das 08h às 14h.

RESULTADOS

Em cada edição da Feira da Agricultura Familiar, aproximadamente quarenta stands tiveram suas participações confirmadas e puderam comercializar os produtos fabricados de forma artesanal. Observou-se que o fato de a VISA apresentar, em três edições do evento, ações educativas (e não somente regulatórias), despertou grande interesse não só por parte dos produtores, como também do público que visitava a Feira. Foram distribuídas, em média, cem cartilhas a cada edição e lavrados, aproximadamente, quinze Termos de Visita Sanitária, com orientações para adequação. A partir da leitura da cartilha e dos documentos emitidos, dúvidas a respeito de rotulagem, conservação e comercialização dos gêneros alimentícios produzidos artesanalmente foram sanadas pela VISA durante o evento. De acordo com as equipes fiscais envolvidas, o material informativo facilitou o entendimento do público sobre a atuação da VISA e potencializou a aproximação dos pequenos produtores, estimulando o desenvolvimento do comércio local. O material distribuído colaborou para que os produtores pudessem buscar ainda mais informações, a partir do conhecimento técnico, com o objetivo de garantir a qualidade e a produção de alimentos mais seguros para seus clientes. Ademais, a Feira se destaca por ser um evento permanente e participativo que leva ao cidadão produtos do próprio município, livres de agrotóxicos, que incentiva a geração de renda da agricultura familiar e o desenvolvimento sustentável. Apresenta-se como desafio o monitoramento sistemático dos produtos fabricados artesanalmente, o grande número de produtores no município e a necessidade de treinamento em boas práticas de fabricação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência mostrou que a ação tem alcançado êxito pelo fortalecimento de práticas intersetoriais e participativas, promotoras de autonomia, de resistência à produção em grande escala e dependente de insumos químicos. Além disso, se tornou meio de aproximação dos pequenos produtores

à vigilância sanitária e às boas práticas de manipulação de alimentos. Assim como serviu de canal de comunicação com os visitantes, a partir da utilização da cartilha, evidenciando o caráter precípua de educação sanitária da VISA para com o setor regulado e a população. Espera-se que essa experiência possa ser replicada em outros municípios e estimule a implantação de políticas mais equânimes e seguras.

REFERÊNCIAS

- (1) Mantelli GAS. Decolonialidade Jurídica e Direito Socioambiental: o caso do Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais enquanto alternativa ao desenvolvimento. Anais do V ENADIR (Encontro Nacional de Antropologia do Direito), no GT 01 – Justiça Restaurativa, Mediação e Administração de Conflitos Socioambientais: interfaces entre Antropologia e Direito.
- (2) Stroparo TR. Território, agroecologia e soberania alimentar: significações e repercussões sob a égide decolonial. Boletim de Conjuntura (BOCA). 2023;13(39):462–472. DOI: 10.5281/zenodo.7786433.
- (3) 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.

CIÊNCIA INDÍGENA E PROCESSOS CRÍTICOS DE CONTAMINAÇÃO POR AGROTÓXICOS EM UMA TERRA INDÍGENA DO BRASIL

Francco Antonio Neri de Souza e Lima¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A intensificação da produção agrícola, sustentada pelo modelo de desenvolvimento do agronegócio brasileiro, tem gerado impactos desiguais sobre territórios e populações que vivem na expansão da fronteira agrícola. Terras indígenas brasileiras sofrem intensa pressão configuradas como zona de sacrifício ambiental e social, onde o avanço do agronegócio, estimulado por subsídios estatais e políticas públicas, concentra riscos à saúde e ao ambiente sobre estas populações historicamente vulnerabilizadas. Este modelo produtivo, baseado na exportação de produtos primários, aprofunda a destruição ambiental e a violação de direitos. Desde o golpe de 2016, observam-se retrocessos nos direitos territoriais e socioambientais, expressos em medidas como o marco temporal e o enfraquecimento do licenciamento e da regulação de agrotóxicos. Nesse cenário, a exposição a agrotóxicos ocorre de forma estrutural, afetando a saúde, o território e a soberania alimentar. O estudo parte do deslocamento do povo Khisêjtê, na Terra Indígena Wawi - Mato Grosso, em 2018, motivado pelas pulverizações aéreas que impactavam a saúde, as águas e os alimentos (1–6).

OBJETIVO

Avaliar a situação ambiental na Terra Indígena Wawi por meio da análise de parâmetros de agrotóxicos em amostras de água e alimentos, contextualizando os resultados com as observações sistematizadas com o povo Khisêjtê.

METODOLOGIA

Neste estudo, a exposição a agrotóxicos é abordada como um processo estrutural de adoecimento, compreendido à luz da determinação social da saúde (7). A pesquisa foi conduzida como pesquisa participante (8), a partir de uma abordagem de participação conjunta entre o pesquisador e a comunidade, atribuindo uma dimensão pedagógica e política mais ampla que a própria pesquisa. As sistematizações tiveram base nos círculos de cultura, com escuta, diálogo e organização dos relatos e observações sobre os agravos à saúde da comunidade relacionados aos agrotóxicos. Foram realizadas coletas de amostras de água e alimentos para análises de parâmetro de até 146 agrotóxicos. As análises laboratoriais foram comparadas com legislações nacionais e internacionais, os padrões de referência, a toxicidade dos compostos e as rotas de contaminação na Terra Indígena (9–12).

1 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E-mail: franccoantonio@gmail.com.

RESULTADOS

Foram detectados 28 tipos diferentes de agrotóxicos na Terra Indígena Wawi, sendo um proibido como o inseticida carbendazim e três não autorizados no Brasil, como os inseticidas mecarbam e clorprofam, e o fungicida quinoxifeno em alimentos. A contaminação foi identificada em 84% das amostras de água superficial, 71,4% da água subterrânea e 100% da água de chuva. Entre os alimentos analisados, 17% apresentaram resíduos de agrotóxicos. Cerca de 64,2% dos agrotóxicos detectados não possuem aprovação para uso na União Europeia. Destacam-se compostos com potencial cancerígeno (carbendazim, glifosato), desreguladores endócrinos (ciproconazol, tebuconazol) e neurotóxicos (neonicotinoides). As exposições crônicas devem ser compreendidas como parte de um processo contínuo de contaminação, envolvendo o uso da terra na bacia hidrográfica, misturas de substâncias e toxicidade em baixas doses. Foram identificadas múltiplas rotas simultâneas de exposição (ingestão, inalação, contato dérmico).

As sistematizações do povo Khisêjtê contribuíram para contextualizar os impactos na saúde e no ambiente, muito antes das análises laboratoriais. Esses relatos já apontavam contaminação e agravos à saúde como problemas recorrentes, reconhecidos pela ciência local. As percepções comunitárias foram organizadas em quadro analítico que correspondem em parte com os desfechos dos agrotóxicos detectados na terra indígena. A pesquisa participante surgiu como resposta direta ao deslocamento interno forçado realizado pela comunidade em 2018, somado à vivência cotidiana dos agravos. A discussão coletiva dos dados reforçou a leitura comunitária sobre a contaminação, afirmando a articulação entre ciência institucional e saberes tradicionais como resistência e denúncia pelo povo Khisêjtê.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados revelam um cenário de contaminação ambiental contínua na Terra Indígena Wawi, diretamente associado a produção do agronegócio e ao uso intensivo de agrotóxicos fora da terra indígena. A exposição crônica do povo Khisêjtê configura um processo de adoecimento estrutural, condicionado por relações históricas e não está dissociada do modo de produção agrícola hegemônico. A pesquisa reforça que a saúde indígena não pode ser dissociada da soberania sobre o território e da segurança alimentar. A integração entre análise científica e saberes comunitários permitiu compreender as rotas de exposição e os impactos à saúde de forma ampliada. A ciência Khisêjtê antecipou, por meio de relatos sistematizados, a contaminação depois confirmada por análises laboratoriais. Reafirma-se, assim, a necessidade de políticas públicas que reconheçam os territórios como espaços de produção de vida e saberes, rompendo com modelos de desenvolvimento que impõem vulnerabilidade e expropriação.

REFERÊNCIAS

- (1) Rigotto RM, Santos VP, Costa AM. Territórios tradicionais de vida e as zonas de sacrifício do agronegócio no Cerrado. *Saúde em Debate*. 2022;46(esp.):13–27.
- (2) Pompeia C. Concertação e poder: o agronegócio como fenômeno político no Brasil. *Rev bras Ci Soc*. 2020;35:e3510410.
- (3) Abessa D, Famá A, Buruaem L. The systematic dismantling of Brazilian environmental laws risks losses on all fronts. *Nat Ecol Evol*. 2019;3(4):510–511.
- (4) Rocha DF, Porto MFS, Pacheco T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). *Ciênc saúde colet*. 2019;24(2):383-392.
- (5) Gurgel AM, Guedes CA, Friedrich K. Flexibilização da regulação de agrotóxicos enquanto oportunidade para a (necro)política brasileira: avanços do agronegócio e retrocessos para a saúde e o ambiente. *Desenvolv Meio Ambiente*. 2021 [citado 11 de agosto de 2024];57. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/made/article/view/79158>.
- (6) Freitas CMD et al. Conquistas, limites e obstáculos à redução de riscos ambientais à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde colet*. 2018;23(6):198-206.
- (7) Breilh J. Novo método e despertar intelectual para além da “ilusão do conhecimento da bolha cartesiana”. In: *Epidemiologia crítica e a saúde dos povos*. São Paulo: Hucitec; 2024.
- (8) Brandão CR, Borges MC. A pesquisa participante: um momento da educação popular. *Rev Educ Popular*. 2007 [citado 15 de abril de 2025];6(1). Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988>
- (9) Greenfield H, Southgate DAT. *Food composition data: production, management and use*. 2.ed. Rome: FAO; 2003.
- (10) Costa AO, Alonzo HGA, Germano LC. História, conceitos, área de atuação em toxicologia e classificação dos agentes tóxicos. In: *Bases da toxicologia ambiental e clínica para atenção à saúde: exposição e intoxicação por agrotóxicos*. São Paulo: Hucitec; 2019.
- (11) Moreira JC et al. Contaminação de águas superficiais e de chuva por agrotóxicos em uma região do estado do Mato Grosso. *Ciênc saúde colet*. 2012;17(6):1557–68.
- (12) Ana AN. *Guia nacional de coleta e preservação de amostras: água, sedimento, comunidades aquáticas e efluentes líquidos*. Brasília, DF: Ana; 2023.

COLONIALISMO, SABERES MARGINALIZADOS E HIPERMEDICALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UM OLHAR DECOLONIAL SOBRE A PSIQUIATRIA NO BRASIL

Bárbara Franco Quites¹

Vitória Campos Ferreira de Aguiar

Ana Paula Rodrigues Ferreira da Silva

Ana Lúcia Abrahão da Silva

Vivianne da Cruz

Mariana da Graça Machado

Lorrany Viana de Souza

Letícia Cassiano dos Santos.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A história da psiquiatria no Brasil é marcada pela imposição de paradigmas coloniais que desvalorizam os saberes ancestrais das comunidades tradicionais. Este cenário reflete a dominação do modelo biomédico, sustentado por uma lógica ocidental que patologiza a subjetividade humana e legitima a medicalização como solução quase exclusiva para o sofrimento psíquico (1,2). A psiquiatria, difundida globalmente por uma lógica eurocêntrica, reconfigura práticas de exclusão sob a aparência de cuidado (3). Saberes de povos originários, quilombolas e de matriz africana são marginalizados, gerando impactos diretos na forma como a saúde mental é compreendida e tratada (4,5).

Diante disso, refletir sobre a Interseção entre colonialismo, epistemicídio e hipermedicalização torna-se urgente, sobretudo num momento em que a contrarreforma psiquiátrica ameaça os avanços da Reforma no Brasil (6).

OBJETIVO

Analisar as características da hipermedicalização na saúde mental à luz do colonialismo, investigando a marginalização dos saberes tradicionais de comunidades brasileiras e refletindo sobre alternativas de resistência e valorização desses conhecimentos no cuidado em saúde mental, especialmente no contexto da enfermagem em saúde coletiva.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo (10), tendo como objetivo compreender as relações entre colonialismo, saberes tradicionais e práticas de saúde mental. A escolha por uma revisão narrativa se justifica pela flexibilidade metodológica que permite a articulação crítica entre diferentes referenciais teóricos e contextos históricos (2).

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: quitesbarbara@id.uff.br

Foram utilizados como principais aportes teóricos os trabalhos de Frantz Fanon, Achille Mbembe e Fernanda Bezerra, que oferecem fundamentos para a análise crítica das práticas psiquiátricas, da hipermedicalização e das heranças coloniais presentes na saúde mental.

A metodologia adotada permitiu o exame do repertório conceitual existente, promovendo uma visão ampliada sobre a medicalização do sofrimento psíquico e sobre possibilidades de cuidado baseadas em saberes tradicionais. Além disso, realizou-se um levantamento de dados secundários sobre a distribuição territorial e a diversidade dos povos tradicionais no Brasil, a fim de contextualizar as práticas de cuidado e seus enfrentamentos diante das políticas institucionais de saúde mental (9).

RESULTADOS

A análise da literatura evidenciou a persistência de práticas psiquiátricas alicerçadas em ideais coloniais, que desconsideram as múltiplas formas de subjetividade e adoecimento (3,4). A hegemonia do modelo biomédico reforça uma lógica excludente que distancia o cuidado em saúde mental de perspectivas culturalmente situadas (5). Foi identificada a marginalização dos saberes de povos indígenas, quilombolas e afrodescendentes, cujas formas de cuidado são frequentemente invalidadas nos serviços de saúde (6,7). A psiquiatria, ao se estabelecer como ciência da razão, historicamente associou o “louco” ao “anormal”, criando uma categoria social sujeita à exclusão e à medicalização forçada (4,6). A literatura aponta para a construção do chamado “homem universal”, idealizado pela epistemologia ocidental como parâmetro de normalidade (2,5). Nesse contexto, o colonialismo médico atua como ferramenta de apagamento cultural, promovendo a substituição dos saberes tradicionais por práticas farmacológicas (1,3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A hipermedicalização em saúde mental, sustentada por uma psiquiatria de base colonial, revela um processo contínuo de silenciamento das subjetividades e dos saberes ancestrais (1,6). Frente a esse cenário, torna-se essencial repensar os modos de cuidado, reconhecendo as violências simbólicas e institucionais que perpetuam o epistemicídio (4,7). A valorização das práticas de cuidado oriundas das populações quilombolas, indígenas e de matriz africana é um passo fundamental para a construção de uma saúde mental mais inclusiva, culturalmente sensível e antirracista (8,9). Urge incorporar uma perspectiva decolonial nos serviços de saúde mental, que permita o resgate da diversidade de formas de existir, resistir e cuidar (2,5).

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. 2001.
- (2) Moreira J, Santos T. Um olhar decolonial para a loucura: escritos africanos. *Captura Críptica*. 2023 nov 6;1–16.
- (3) Sevalho G, Dias J. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(3):937–46.
- (4) Mbembe A. *O fardo da raça*. São Paulo: N-1 edições; 2018.
- (5) Bezerra JM, Pinheiro DMB. Psiquiatria, loucura e exclusão: considerações sobre a construção da anormalidade. *Rev Psicol Política*. 2020;20(48):237–252.
- (6) Fanon F. *Os condenados da terra*. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968.
- (7) Caponi S. *A medicalização da loucura: medicina, psiquiatria e sociedade no século XIX*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- (8) David EC. Racismo, subjetividade e saúde mental. In: David EC, organizador. *Racismo, subjetividade e saúde mental*. São Paulo: Hucitec; 2021. p. 21–34.
- (9) Ministério do Meio Ambiente. *Povos e comunidades tradicionais*. Brasília: MMA; 2025.
- (10) Ruiz JA. *Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos*. São Paulo: Atlas; 1992.

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO EM RELAÇÃO A OBESIDADE: O PAPEL DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Leticia Thomaz de Almeida¹

Jessica Vitoria Moraes de Oliveira

Fábio Marques Julião da Silva

Paterne Belfort Hena

Pedro Henrique Barbosa dos Santos

Bruno da Rocha Porciuncula

Manoel de Sousa Martins

José Jefferson Alves da Silva

Claudia Lima Campos Alzuguir

Maria Katia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica e multifatorial que se configura como um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e no mundo, devido à sua crescente prevalência e à associação com diversas comorbidades como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. Dados da OMS e do Ministério da Saúde evidenciam a alta incidência da obesidade entre adultos e crianças, refletindo um contexto de vulnerabilidade social, urbanização acelerada, alimentação inadequada e sedentarismo. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desempenha papel crucial na prevenção e promoção da saúde, sendo o ambiente ideal para o desenvolvimento de ações educativas (1). Dentre essas ações, a produção de materiais didáticos, como cartilhas educativas, é uma estratégia de baixo custo e alto impacto para orientar o autocuidado e fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais de saúde. A presente dissertação se insere nesse contexto ao propor a construção e validação de uma cartilha educativa voltada para o autocuidado em obesidade, visando empoderar pacientes, promover mudanças sustentáveis de comportamento e apoiar as equipes de saúde na APS.

OBJETIVO

Construir e validar uma cartilha educativa para o autocuidado em relação à obesidade, voltada à promoção da saúde, prevenção de complicações e fortalecimento do vínculo entre pacientes e equipes da Estratégia de Saúde da Família.

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: leticiathomaz.vargas@gmail.com.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica com abordagem qualitativa, desenvolvida em três etapas: levantamento bibliográfico, elaboração da cartilha e validação por especialistas. A cartilha foi construída com base em revisão de literatura científica e diretrizes do SUS, abordando conceitos de obesidade, autocuidado, alimentação saudável e atividade física (2). Utilizou-se linguagem acessível, ilustrações feitas no Canva e uma estrutura didática adaptada à realidade da APS. Para validação, o material foi submetido a seis juízes especialistas em saúde da família, nutrição e educação em saúde, que avaliaram os critérios de clareza, relevância, aplicabilidade prática e adequação visual por meio de um questionário com escala Likert. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado com base nas respostas. As sugestões dos juízes foram analisadas qualitativamente e incorporadas à versão final do material, com foco na melhoria da compreensão e na adaptação cultural para o público-alvo.

RESULTADOS

A cartilha educativa foi validada por seis especialistas com experiência na Atenção Primária e no enfrentamento da obesidade. A análise dos dados indicou que todos os critérios avaliados – clareza, relevância, aplicabilidade e adequação visual – obtiveram IVC igual ou superior a 0,78, considerado satisfatório para validação. A média das avaliações apontou concordância quanto à pertinência do conteúdo e à acessibilidade da linguagem utilizada. Os juízes destacaram a importância da apresentação visual clara, com imagens adequadas e linguagem simples, que facilitam o entendimento por pessoas com baixa escolaridade. Sugestões pontuais foram incorporadas, como ajustes em termos técnicos e reforço de mensagens-chave. A cartilha aborda desde os fatores de risco da obesidade até orientações práticas de autocuidado, como a escolha de alimentos saudáveis, importância da atividade física, controle emocional e o papel do acompanhamento multiprofissional. O produto final configura-se como uma ferramenta estratégica para uso nas ações educativas da ESF, contribuindo para o empoderamento dos usuários, fortalecimento do vínculo com os profissionais e adesão a práticas saudáveis de vida. O estudo reforça o papel da tecnologia educativa no enfrentamento das DCNTs na APS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A cartilha validada mostrou-se um instrumento eficaz, acessível e culturalmente adaptado para orientar o autocuidado de pessoas com obesidade na Atenção Primária. Seu desenvolvimento reforça a importância de materiais educativos como estratégias de promoção da saúde e prevenção de complicações. A validação por especialistas confirmou sua aplicabilidade prática e relevância temática, evidenciando seu potencial como apoio às equipes da ESF no enfrentamento da obesidade. Conclui-se que a adoção da cartilha pode contribuir para mudanças sustentáveis de comportamento, redução de agravos e fortalecimento do cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Ferreira AC, Oliveira MJ. Desenvolvimento de materiais educativos para a atenção básica. Rev Saúde Soc. 2021;30(2):121-129.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Custo da obesidade para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

CRIAÇÃO DE MÁSCARAS DE TECIDO E CELULOSE SUSTENTÁVEIS FRENTE AO DESABASTECIMENTO ADVINDO DESASTRE BIOLÓGICO NA PANDEMIA COVID-19

Lisandra Rodrigues Risi¹

Alexandre Barbosa de Oliveira

Ricardo de Oliveira Meneses

Ricardo Jose Oliveira Mouta

Rosilene Alves Ferreira

Nébia Maria Almeida de Figueredo

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Renata Silva

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Fernanda Idamaries da Silva Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 revelou fragilidades estruturais nos sistemas de saúde e na cadeia global de suprimentos, acentuando o desabastecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs), especialmente máscaras faciais (1,2). Esse cenário comprometeu a segurança de profissionais de saúde e da população em geral, demandando soluções emergenciais eficazes que fossem acessíveis e sustentáveis. Compreendendo o fenômeno à luz da Teoria da Sociedade de Risco de Ulrich Beck, este estudo propôs o desenvolvimento de um modelo inovador de máscara de tecido com elemento filtrante em celulose (LisLu20[®]), concebido como alternativa tecnológica para mitigar os riscos associados ao desastre biológico da COVID-19 (3). A pesquisa explorou não apenas a viabilidade técnica da máscara, mas também os impactos sociais e ambientais dessa inovação em um contexto de grande vulnerabilidade e escassez.

OBJETIVO

Desenvolver um modelo de máscara de tecido com inserção de elemento filtrante em celulose, voltado para cidadãos, profissionais de saúde e comunidades vulneráveis, como estratégia de mitigação dos impactos do desastre biológico da COVID-19; descrever os desafios enfrentados pelo desabastecimento de materiais médico hospitalares, considerando os impactos na segurança humana, sustentabilidade e gestão do risco; analisar o processo de desenvolvimento e a eficácia das

¹ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Doutora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: proflisandraris@gmail.com.

máscaras como alternativa tecnológica sustentável para profissionais de saúde e populações vulneráveis; e discutir a adoção social dessa tecnologia, suas repercussões midiáticas e seu alinhamento com práticas sustentáveis e estratégias de gestão do risco de desastres.

METODOLOGIA

O estudo utilizou a pesquisa-ação como abordagem central, integrando investigação científica e resolução de problemas práticos em um processo colaborativo, dinâmico e coletivo que envolveu profissionais de saúde, gestores hospitalares e pesquisadores de diversas instituições (4). A pesquisa iniciou-se com a concepção e desenvolvimento dos protótipos da máscara *LisLu20*®, seguido de refinamentos técnicos baseados em testes empíricos. A validação laboratorial incluiu ensaios de permeabilidade ao ar e eficiência de barreira física conduzidos em instituição certificada por agências reguladoras. O processo envolveu, ainda, o registro da marca e a propriedade intelectual do modelo desenvolvido, além da divulgação e distribuição das máscaras e modos de sua produção artesanal para aplicabilidade em larga escala. Para captar percepções qualitativas dos participantes, foi utilizada a dinâmica World Café, aplicada em dois contextos distintos: (1) hospitalar, onde gestores e profissionais de saúde avaliaram a usabilidade das máscaras desenvolvidas; e (2) comunitário, onde costureiras e demais responsáveis pelo processo produtivo discutiram os desafios e impactos da produção. Os discursos dos participantes foram processados por meio do software IRaMuTeQ, permitindo uma análise lexical detalhada e a identificação de categorias emergentes à luz da Teoria da Sociedade de Risco de Beck.

RESULTADOS

Os ensaios laboratoriais demonstraram que as máscaras *LisLu20*® apresentaram eficácia satisfatória como barreira física contra partículas suspensas, aliando segurança, respirabilidade e custo reduzido. A receptividade dos profissionais de saúde foi positiva, destacando o conforto e a viabilidade do modelo em situações de escassez de EPIs. A análise da percepção social revelou o potencial da tecnologia como alternativa viável para gestão de crises sanitárias. Além disso, a disseminação do estudo em mídias sociais, eventos e sites acadêmicos e na imprensa consolidou sua pertinência e relevância como proposta inovadora no enfrentamento da pandemia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O desenvolvimento da máscara *LisLu20*® evidenciou-se como uma solução inovadora, acessível e sustentável, demonstrando aplicabilidade tanto na resposta hospitalar quanto na proteção comunitária. Diante do desabastecimento global de EPIs, a tecnologia emergiu como estratégia eficaz para mitigar riscos em emergências de saúde pública e desastres biológicos. Os resultados reforçam a compreensão de que a pandemia não foi apenas uma crise sanitária, mas um fenômeno sociotécnico e político, no qual as incertezas e os impactos foram desigualmente distribuídos. O caso da escassez de máscaras durante a COVID-19 ilustra essa dinâmica, demonstrando como a dependência de cadeias

de suprimentos globais amplificou vulnerabilidades e reforçou desigualdades no acesso a recursos essenciais. Ademais, as estratégias de pesquisa-ação empreendidas neste estudo atestam a importância das universidades e das redes colaborativas para a produção científica, bem como a pertinência do desenvolvimento de tecnologias locais, de baixo custo e socialmente engajadas para o fortalecimento da resiliência das populações frente a desastres e incertezas globais.

REFERÊNCIAS

- (1) Coelho FC et al. Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: mobility, morbidity and the burden on the health care system [internet]. MedRxiv 2020. Disponível em: [https://www. medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.19.20039131v2](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.19.20039131v2)
- (2) Silva LLS et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. Cad Saúde Pública. 2020; 36(9):e00185020.
- (3) Beck U. Sociedade de risco. Rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2011.
- (4) Thiollent M. Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo: Atlas; 1997.

DECOLONIALIDADE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

William Augusto Gomes de Oliveira Bellani¹

Ivan Araujo Pires

Victor Augusto Danelle

Beatriz Helena Wolpe

Rosiane Guetter Mello

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A educação em saúde global reflete desigualdades históricas e culturais amplamente influenciadas por séculos de colonialismo. A colonialidade vai além da colonização formal, perpetuando hierarquias globais, restringindo a representatividade de saberes locais e constitui uma estrutura institucionalizada que mantém relações de poder desiguais (1). A decolonização visa deslocar o foco de um paradigma euro-americano para um contexto global mais justo. Os termos descolonial e decolonial possuem distinções conceituais importantes, enquanto o primeiro remete à superação do colonialismo, o segundo propõe uma ruptura mais profunda visando transcender as estruturas da colonialidade (1,2). Mesmo que a colonialidade ainda persista nos meios culturais, sociais, religiosos, raciais, econômicos e principalmente na área da saúde, ainda há esforços para construir uma saúde global mais equitativa, baseada no diálogo entre países e na superação de estruturas imperialistas. Nesse contexto, é importante questionar as estruturas coloniais existentes e promover a formação de profissionais voltados à saúde global (1).

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo mapear a produção científica sobre a decolonização da educação em saúde global e identificar ações que efetivam esse processo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo, conduzida segundo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e seguindo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). A pesquisa foi realizada nas bases de dados *PubMed*, *SciELO*, Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs e *ScienceDirect*. A busca utilizou os descritores “*decolonization AND global health AND education OR decolonization AND global health*” e foi realizada em agosto de 2024. A busca inicial resultou em 635 estudos, dos quais 286 eram duplicatas e foram removidos. Após triagem por título e resumo, 38 estudos foram selecionados para leitura integral e 11 compuseram a análise final. Os estudos analisados incluíram abordagens qualitativas, relatos de experiência e pesquisas

1 Faculdade Pequeno Príncipe. E-mail: william.bellani@professor.fpp.edu.br.

quantitativas, abrangendo diferentes países e contextos socioeconômicos. O estudo foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF).

RESULTADOS

A educação em saúde global segue marcada por desigualdades, com concentração de recursos e liderança acadêmica em países de alta renda, além da exclusão de saberes locais. Os artigos analisados destacaram iniciativas como parcerias entre instituições de diferentes contextos socioeconômicos, intercâmbios culturais, inclusão de perspectivas locais nos currículos e priorização de financiamento para países de baixa e média renda (1,3). As iniciativas incluíram treinamento para trabalhadores comunitários, maior representatividade de minorias e pesquisas voltadas às necessidades locais. Programas de capacitação para profissionais de saúde em comunidades de baixa renda demonstraram impactos positivos e significativos, como o aumento de visitas pré-natais, melhoria no atendimento qualificado ao parto e ampliação da cobertura vacinal infantil (1,4). Outra iniciativa analisada foi a realização de *workshops* que discutiram barreiras no financiamento de pesquisas, destacando a necessidade de diversificação das fontes de recursos e fortalecimento das instituições locais (1,2,4). Também foram observadas ações voltadas à escuta ativa das comunidades atendidas, visando incorporar suas experiências e valores nas práticas formativas. Além disso, a inclusão da decolonialidade nos currículos acadêmicos da área da saúde tem sido apontada como essencial para ampliar o conhecimento sobre o tema e promover mudanças estruturais nos sistemas de ensino (1). Ademais, estratégias voltadas à adaptação das terminologias médicas para contextos locais foram sugeridas como meio de aproximar as populações das práticas de saúde e ampliar a eficácia das intervenções. As reflexões indicam que a decolonialidade na educação em saúde global é um tema emergente e as iniciativas recentes demonstram a sua relevância (1,4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Decolonizar a educação em saúde global é essencial para enfrentar desigualdades históricas e culturais. A integração de saberes locais, a diversificação das práticas educacionais e a colaboração entre instituições e comunidades são fundamentais para um sistema de saúde global mais justo e representativo. A inclusão de debates sobre colonialidade e racismo nos currículos acadêmicos, assim como a maior participação de estudantes nessas discussões, são passos essenciais nesse processo. Futuros estudos devem avaliar o impacto dessas mudanças e fortalecer estratégias para um ensino mais inclusivo. Apesar dos desafios, as iniciativas existentes demonstram avanços concretos, destacando a necessidade de ampliar essas ações e aprofundar pesquisas sobre sua influência estrutural.

REFERÊNCIAS

- (1) Avila P. Decolonizing Global Health: Increasing Capacity of Community Health Worker Programs. *Annals of global health*. 2023 Jan 1;89(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10742167/>
- (2) Ballestrin L. América Latina e o giro decolonial. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2013 Aug 1;11(11):89–117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522013000200004
- (3) Malgarin JS, Orsatto S de M, Paulo DAB de, Almeida MJ de, Bellani WAG de O. O Elo Entre Saúde Global e HIV/Aids: Uma Revisão de Teses e Dissertações Brasileiras. *Cadernos Cajuína*. 2024 Jul 18;9(3):e249346–6. Disponível em: <https://v3.cadernoscajuina.pro.br/index.php/revista/article/view/394>
- (4) Souza RBV de, Batista GK, Arai BK, Ribeiro ER, Bellani WAG de O. A contribuição da cooperação internacional para o avanço da cirurgia e da saúde global: uma revisão integrativa de literatura. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*. 2024 Nov 6;17(12):e12402.

DESAFIOS DA INCLUSÃO TECNOLÓGICA NO SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Alexia Garcia de Carvalho¹

Camilla Carvalho do Nascimento

Letícia Silva Saraiva

Mariana Von Held Almeida

Mellyssa Monteiro Silva

Shamrddhi Malli Arun

Sukhnoor Riar

Thais Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, a telemedicina e os aplicativos móveis são estratégias eficazes para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Essas tecnologias reduzem barreiras geográficas, facilitam diagnósticos, oferecem informações atualizadas e possibilitam o acompanhamento remoto, promovendo maior equidade no acesso à saúde (1). Entretanto, a implementação dessas ferramentas no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta desafios significativos. A carência de infraestrutura tecnológica, incluindo o acesso a dispositivos e à conectividade, a necessidade de capacitação técnica dos profissionais de saúde e as restrições impostas por regulamentações do setor são obstáculos que limitam sua adoção em larga escala. Além disso, garantir a inclusão digital tanto da população quanto dos profissionais da área é fundamental para que essas inovações sejam efetivamente incorporadas à realidade do sistema público de saúde (2). Diante desse cenário, este estudo busca responder à seguinte questão: Quais são as barreiras enfrentadas por profissionais da saúde e usuários quanto ao acesso e à inclusão tecnológica no Sistema de Saúde Brasileiro? A análise dessas barreiras permitirá compreender os desafios e oportunidades para a integração efetiva da tecnologia na saúde pública, contribuindo para o desenvolvimento de políticas e estratégias que favoreçam a equidade e a eficiência nesse contexto.

OBJETIVO

Identificar e analisar as principais barreiras de acesso e inclusão tecnológica no Sistema de Saúde Brasileiro, considerando a perspectiva de profissionais de saúde e usuários.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, método utilizado para reunir e sintetizar as evidências disponíveis sobre um tema. A pergunta de pesquisa foi elaborada com auxílio da estratégia PICO, sendo: P para população – profissionais de saúde e usuários do Sistema de Saúde Brasileiro; I

1 Estagiária Hostalky. E-mail: alexia.carvalho@hostalky.com

para interesse – barreiras de acesso e inclusão tecnológica na saúde; Co para contexto – Sistema de Saúde Brasileiro. A busca foi realizada nas bases LILACS, Medline, Embase, Scopus e Web of Science, utilizando descritores controlados (DeCS, MeSH, Emtree), não controlados e palavras-chave, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foi realizada uma revisão por pares com o auxílio da ferramenta Rayyan. Foram incluídos os estudos que abordam tecnologias no contexto do SUS e excluídos aqueles que não tratavam das barreiras e desafios para a inclusão tecnológica. A busca inicial resultou em 55 estudos. Após a exclusão de 9 duplicatas, 46 estudos foram avaliados, e 29 foram eliminados. Após análise dos 17 restantes, foram incluídos 6 estudos que atenderam aos critérios. O processo de seleção foi documentado com o fluxograma PRISMA, garantindo a reprodutibilidade e o rigor metodológico

RESULTADOS

Após a revisão integrativa destacaram-se seis artigos. Destes, quatro foram publicados no banco de dados LILACS, um na Web of Science e um na Embase. Sendo cinco na língua portuguesa e um publicados na língua inglesa. Evidenciamos que um artigo foi publicado no ano de 2011, um em 2012, um em 2015, dois em 2022 e um em 2023. As barreiras à inclusão tecnológica no SUS destacaram limitações estruturais e organizacionais, dificuldades na aplicação de tecnologias leves, desafios econômicos, políticos e éticos, além de obstáculos institucionais, comunicacionais e culturais. A burocracia atrasa a incorporação de tecnologias, a oferta de serviços e o acesso a tratamentos inovadores. Os usuários sofrem com a baixa oferta de consultas públicas e dificuldades no acesso agravadas pelo desconhecimento sobre os tratamentos disponíveis e barreiras financeiras e logísticas. Os profissionais encontram desafios com a formação profissional defasada e a dificuldade de equilibrar tecnologia e humanização, situação agravada durante a pandemia, em que a priorização de equipamentos e procedimentos técnicos reduziu a valorização das práticas humanizadas. Os artigos sugerem que a ampliação da participação social na pesquisa e no desenvolvimento de dispositivos médicos, a melhoria da comunicação metodológica e da acessibilidade à informação, além do fortalecimento das políticas de capacitação profissional para a Avaliação de Tecnologias em Saúde, podem mitigar essas dificuldades. Apesar dos avanços na participação de pacientes e usuários, persistem barreiras institucionais, informacionais e estruturais que dificultam a plena inclusão tecnológica no SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A inclusão tecnológica no SUS enfrenta barreiras estruturais, institucionais e culturais que impactam tanto profissionais quanto usuários. A infraestrutura deficiente, a burocracia excessiva e a falta de capacitação dificultam a adoção de novas tecnologias. Além disso, a resistência à inovação e a priorização de equipamentos em detrimento da humanização agravam os desafios. Os usuários enfrentam dificuldades de acesso, baixo conhecimento sobre serviços disponíveis e barreiras financeiras e logísticas. Para superar esses entraves, é essencial fortalecer políticas de capacitação profissional, ampliar a participação social no desenvolvimento de tecnologias e aprimorar a comunicação e a acessibilidade

à informação. Embora avanços tenham sido feitos, persistem desafios que demandam ações integradas para garantir equidade e eficiência na adoção de tecnologias no SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Knhis NS et al. Protótipo de aplicativo móvel sobre conteúdo educativo para cuidados domiciliares de receptores de transplante hepático. *Acta Paul Enferm.* 2022;35: e00155615.
- (2) Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(Sup. 2), e00155615.

DESCOLONIZAÇÃO DA MEDICINA NO SUL DA COLÔMBIA: UMA ABORDAGEM EM TORNO DO RESPEITO À SABERES E PRÁTICAS DOS POVOS SIBUNDOY E SIONA

Maria Araújo Marques¹

Idanyna de Nazaré Silva Malizia

Bruno de Carvalho Leite-Filho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As comunidades indígenas do sul da Colômbia, especialmente os povos Sibundoy e Siona, preservam sistemas médicos complexos que articulam práticas tradicionais e influências externas. Nessas culturas, o conceito de cura vai além da abordagem mecanicista da medicina ocidental, integrando dimensões espirituais, cosmológicas e socioculturais profundamente enraizadas na ancestralidade. A ancestralidade, por sua vez, é um pilar identitário fundamental, moldando valores, modos de vida e a transmissão de saberes entre gerações. O xamanismo exerce papel central nesse contexto, com o xamã sendo a ponte entre o natural e o sobrenatural, utilizando práticas como o uso da ayahuasca para fortalecer a identidade cultural e enfrentar as consequências da colonização, como a perda de território, cultura e autonomia. No entanto, mudanças demográficas, socioeconômicas e a marginalização histórica desses povos representam desafios significativos à preservação de seus saberes. Diante disso, torna-se urgente integrar os conhecimentos tradicionais à formação médica contemporânea, que ainda os trata de forma superficial. A negligência a esses saberes afasta os futuros profissionais de saúde das realidades socioculturais indígenas, comprometendo uma atuação verdadeiramente humanizada e inclusiva (1).

OBJETIVO

Nessa conjuntura, entender as necessidades dos povos indígenas é, portanto, uma decisão política pois estar ciente das realidades que os povos originários estão inseridos é entender como as desigualdades sociais estão enraizadas de maneira profunda, já que são marcadas por políticas públicas mal estruturadas que perpetuam a marginalização dessas comunidades. Por fim, entende-se que a busca por meios de integrar a saúde intercultural, ainda que relevantes, encontram obstáculos para sua implementação. Neste documento, será abordada a prática do xamanismo, assim como sua relevância nos sistemas indígenas e na manutenção das raízes ancestrais da cultura, dialogando com debates socioculturais na educação médica e questões sobre a saúde, envolvendo políticas públicas e suas implicações no cenário contemporâneo, impactados pela dificuldade na integração entre a medicina ocidental e os sistemas médicos indígenas.

1

Centro Universitário da Amazônia. E-mail: mmam20070007@gmail.com.

METODOLOGIA

Esta pesquisa tem abordagem qualitativa e caráter exploratório, fundamentando-se em revisão bibliográfica e análise documental. Foram identificados 10 artigos científicos por meio das plataformas SciELO e Google Acadêmico, dos quais 4 foram selecionados para aprofundamento por abordarem diretamente o xamanismo e as práticas ritualísticas dos povos Sibundoy e Siona. Além disso, foi incluído um capítulo do livro “Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia” como referencial teórico central. A análise dos materiais seguiu princípios da etnografia interpretativa, com foco na valorização dos saberes ancestrais e no diálogo entre sistemas médicos tradicionais e ocidentais. Espera-se contribuir para a valorização dos conhecimentos tradicionais e para o fortalecimento de modelos de saúde baseados no respeito mútuo e na autonomia dos povos originários.

RESULTADOS

O vale de Sibundoy, no sul da Colômbia, é habitado majoritariamente pelos povos Kamentza e Inga, conhecidos coletivamente como Sibundoy. Vivem da horticultura e preservam tradições como o uso de máscaras cerimoniais e a celebração do Bëtsknaté, que marca o fim da colheita e reforça sua conexão espiritual com a terra. Sua medicina tradicional é um sistema híbrido que une saberes ancestrais e influências populares, com forte presença do xamanismo. Os xamãs utilizam cantos, danças e plantas como a chanca piedra e a ayahuasca para tratar doenças físicas e espirituais, guiados por uma visão holística de saúde (2).

Já os Siona, localizados na Amazônia colombiana e equatoriana, mantêm uma prática xamânica central em sua organização social. Suas cerimônias com o yagé (ayahuasca) são fundamentais para curas espirituais e conexão com forças da natureza. A figura do xamã é essencial, atuando como mediador entre o mundo espiritual e o físico, diagnosticando desequilíbrios causados por entidades sobrenaturais e restabelecendo o bem-estar da comunidade (3).

Ambos os povos enxergam a saúde como equilíbrio entre corpo, espírito e natureza. Apesar da presença da medicina ocidental, continuam valorizando suas práticas, adaptando-as às novas realidades sem abrir mão de sua identidade. No entanto, os efeitos da colonização e da invasão de seus territórios provocaram rupturas profundas. A imposição de línguas estrangeiras, o avanço de sistemas de saúde hegemônicos e a pressão cultural resultaram na erosão de saberes tradicionais e no enfraquecimento dos rituais de cura.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A medicina tradicional dos povos indígenas, como os Sibundoy e Siona, oferece uma visão holística e espiritual da saúde que complementa as limitações da medicina ocidental. Ao longo da história, a colonização marginalizou essas práticas, impondo conceitos eurocêntricos de saúde e rompendo laços culturais. No entanto, os saberes indígenas resistem, reafirmando sua importância. Para garantir um sistema de saúde mais inclusivo, é essencial que políticas públicas reconheçam e

valorizem essas práticas. A formação médica também deve contemplar essa diversidade, promovendo um cuidado mais humanizado. Respeitar a medicina ancestral vai além da valorização cultural, se torna pauta essencial para debates políticos em torno da saúde dos povos originários latino-americanos.

REFERÊNCIAS

- (1) Nazar PM. Xamanismo, memória e identidade: transformações e continuidades nos processos políticos dos Siona no Putumayo, Colômbia [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
- (2) Langdon EJ. Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. *Revista Mediações*. 2012;17(1). DOI:10.5433/2176-6665.2012v17n1p62.
- (3) Lima M. Indígenas Siona pedem silêncio para rituais de ayahuasca. *OpenDemocracy Online*. Jul 2023.
- (4) Langdon EJ. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1990.
- (5) Buchillet D. Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: Edições Cejup; 1989.

DIÁRIOS DE ALIMENTAÇÃO COMO FERRAMENTA REFLEXIVA E CRÍTICA SOBRE (IN)SEGURANÇA E SOBERANIA ALIMENTAR

Solimar Carnavalli¹

Ana Gomes

Poliana de Souza

Lucas Barbi

Waleska T. Caiaffa

Elis Borde

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No campo da Nutrição, o diário alimentar é um importante método de coleta de informações sobre a ingestão atual de um indivíduo ou de um grupo populacional, onde o paciente anota, em formulários especialmente desenhados, todos os alimentos e bebidas consumidos ao longo de um ou mais dias, devendo anotar também os alimentos consumidos fora do lar (1). A partir de uma perspectiva crítica desde a Saúde Coletiva, entendemos que estas ferramentas, que intitulamos diários de alimentação, possuem o potencial de serem utilizadas na reflexão e coprodução do conhecimento sobre soberania e segurança alimentar.

Este relato apresenta o processo e resultados preliminares da pesquisa “Diários de Alimentação”, desenvolvida como parte do projeto internacional Change Stories (Histórias de Transformação Urbana - Ação Coletiva, Políticas e Narrativas sobre Transformação Urbana Equitativa e Sustentável) (2). A pesquisa contou com abordagem inovadora e participativa que permitiu ir além da mera descrição numérica de ingredientes ou nutrientes, buscando compreender a comida como experiência vivida e socialmente situada. Assim, explorou-se as comensalidades, os significados atribuídos aos alimentos e as diferentes expressões da (in)segurança alimentar no cotidiano, considerando não apenas o que se come, mas como, onde, com quem e sob quais condições os alimentos são consumidos.

OBJETIVO

O objetivo geral desta pesquisa é compreender as práticas alimentares de indivíduos residentes em uma grande metrópole brasileira por meio de registros audiovisuais. Especificamente, busca-se coletar registros de fotos, textos e sonoros, além da localização das refeições consumidas pelos participantes e analisar as diferentes expressões de (in)segurança alimentar na cidade.

METODOLOGIA

Esta pesquisa contou com a participação de 16 residentes de Belo Horizonte, selecionados com base em diferentes perfis socioeconômicos. Os participantes foram convidados a documentar

1

E-mail: solcarnavalli@hotmail.com

suas práticas alimentares ao longo de dois períodos de uma semana, no início e no final de fevereiro de 2025, visando captar variações no consumo alimentar ao longo do mês, considerando possíveis impactos de fatores econômicos e sociais. Os participantes foram orientados a enviar via Whatsapp de forma privada a um membro da equipe de pesquisa registros de fotos de todas as refeições realizadas, assim como relatos curtos de texto ou áudio sobre a refeição e o contexto em que ocorreu, além da localização. O método foi inspirado e adaptado do método “Diário Solicitado”, onde os participantes são convidados a fazerem registros diários, com base em algumas orientações, sobre algum tema de pesquisa (3). A pesquisa resultou de um processo de coprodução metodológica e analítica, envolvendo tanto pesquisadoras/es acadêmicas/os quanto uma pesquisadora popular integrante da equipe do projeto.

RESULTADOS

Das 16 pessoas que aceitaram participar da pesquisa, 12 deles enviaram registros, sendo 9 mulheres e 3 homens. Em relação à raça/cor, 5 dos 12 participantes ativos se autodeclararam pardos ou pretos e 5 brancos.

Os registros refletem as complexidades e contradições da (in)segurança alimentar urbana, da cultura alimentar e da experiência vivida de (in)segurança alimentar em Belo Horizonte. Os registros fotográficos, textuais e sonoros evidenciaram uma alimentação repetitiva ao longo das semanas, indicando uma monotonia alimentar que, além de potencialmente resultar em deficiências de micronutrientes, reflete as restrições impostas pela oferta limitada e pela acessibilidade dos alimentos, onde preço e praticidade desempenham papéis centrais nas escolhas alimentares.

A constância das práticas alimentares reflete a influência do modo de vida das pessoas, no trabalho (in)formal, no cuidado com os familiares e na restrição alimentar em virtude da ausência de renda e moradia adequadas. Os registros ilustram a coexistência de práticas alimentares tradicionais e saudáveis, como o consumo de arroz e feijão, com a presença significativa de alimentos ultraprocessados. A maioria dos participantes relatou que as refeições, quando preparadas em casa, foram feitas por mulheres. Além disso, predominou o consumo da refeição de forma individualizada do que acompanhada de outras pessoas.

Cabe destacar que, alguns dos participantes, eram residentes de uma ocupação urbana consolidada e em processo de regularização, a qual recebeu uma ordem de despejo durante o período da pesquisa. Este acontecimento ameaçou, não apenas a permanência das famílias no local, mas também a própria segurança alimentar dos moradores, demonstrando a intersecção entre moradia e soberania alimentar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa adotou uma abordagem participativa e inovadora, permitindo compreender, para além das quantidades de alimentos consumidos, os contextos, valores e significados das práticas

alimentares. A alimentação, sendo um processo complexo, revela não apenas aspectos nutricionais, mas também as dinâmicas sociais, econômicas e culturais que moldam os sistemas alimentares (4). Nesse sentido, os diários de alimentação se mostraram ferramentas multifacetadas, ultrapassando uma abordagem estritamente biomédica da alimentação e nutrição. Além de possibilitar uma análise mais ampla dos hábitos alimentares, também funcionaram como instrumentos reflexivos, permitindo que os participantes examinassem suas próprias práticas alimentares e as barreiras estruturais que enfrentam no dia a dia. A abordagem participativa reforça a dimensão política da fome e a necessidade de descolonizar paradigmas nutricionais.

REFERÊNCIAS

- (1) Fisberg RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53(5). Doi: 10.1590/S0004-27302009000500014.
- (2) Pineo H et al. Mobilizing knowledge about urban change for equity and sustainability: developing 'Change Stories', a multi-country transdisciplinary study. *Wellcome Open Research.* 2024;9:218. No prelo. DOI 10.12688/wellcomeopenres.21180.1.
- (3) Meth P. 'Coughing Everything Out': The Solicited Diary Method. In: Braun V, Clarke V, Gray D, eds. *Collecting Qualitative Data: A Practical Guide to Textual, Media and Virtual Techniques.* 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p. 71-93.
- (4) Scagliusi FB. Métodos qualitativos para avaliação do consumo alimentar. In: *Consumo alimentar: guia para avaliação.* Barueri: Manole; 2019. p. 64-80.

EU NÃO QUERIA MORRER SOZINHA: UM RELATO DE CASO ATRAVESSADO PELO RACISMO, PELO PATERNALISMO MÉDICO E A ÉTICA DO CUIDADO

Ivan Felipe Fernandes Gomes¹

Lívia da Mata Vargas Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O caso se trata de uma idosa negra em cuidado paliativo oncológico e sua filha que enfrentaram decisões unilaterais pela equipe de saúde, assim como não obtiveram suas preferências respeitadas durante sua terminalidade de vida, tendo como pano de fundo o contexto social brasileiro que é atravessado pela interseccionalidade, ou seja, o somatório de opressões como raça, gênero, idade, classe social entre outros.

O relato examina dilemas éticos em um hospital universitário (HU), particularmente no atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando: o racismo estrutural; a autonomia dos pacientes e familiares; o paternalismo médico em decisões unilaterais; ineficácia da comunicação e reflexão sobre a importância da tomada de decisão através da Ética do Cuidado.

Consideramos que trazer a reflexão através da perspectiva da Ética do cuidado se torna relevante e essencial por se tratar de uma ética normativa centrada no caráter do indivíduo e que busca a valorização das experiências humanas, da compreensão do contexto social onde os agentes estão inseridos, suas relações e narrativas pessoais que interferem em suas atenções morais (1) visto que o caso supracitado nos traz a percepção que a ausência da comunicação e da relação não permite a oferta do cuidado almejado pela paciente e sua família.

OBJETIVO

Esse estudo busca refletir sobre os dilemas éticos a partir da experiência do atendimento médico em uma internação hospitalar oferecido em uma instituição de saúde pública, no molde hospital universitário, à pessoa negra e sua família e como os mesmos se configuram em diferentes agentes morais através da perspectiva da Ética do Cuidado

METODOLOGIA

Sra Maria é uma mulher negra, idosa, costureira, periférica, que devido ao agravamento de sua condição clínica, decorrente de um câncer em metástase, foi internada na enfermaria de um HU. Durante a internação, sua filha foi proibida de acompanhá-la no período da noite sob a alegação de ausência de estrutura da instituição.

1 Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: gomes.ivan@posgraduacao.uerj.br

Em contato com a equipe médica, a filha era apenas comunicada sobre as decisões que envolviam a assistência médica a ser ofertada. Falas, como: - “Já vou logo avisando, não vou entubar hein!”, marcaram a vida desse familiar. O desrespeito às preferências da paciente também fez parte desse contexto. Sra Maria tinha medo de morrer sozinha. Pedia à filha que não a deixasse sozinha em seu leito de morte.

No entanto, com a proibição de pernoite na unidade, essa filha passou a última noite da vida de sua mãe sentada no lado externo do HU, cumprindo sua promessa de estar por perto em sua finitude de vida. Sra Maria veio a óbito sozinha, tendo como maior vulnerabilidade não a sua condição clínica, mas sim o desamparo e o abandono, pois se tratando de uma situação em terminalidade de vida, os tratamentos terapêuticos não alterariam sua condição pré-existente, conquanto, o cuidado nesse momento era o que a Sra. Maria e sua filha buscavam.

Ao analisar o relato desse dia de internação, foram apresentadas algumas situações pela família que se enquadram nas discussões da bioética, o que denominamos de dilemas éticos, tais quais: (a) falta de respeito pelas preferências da paciente que não pode falecer acompanhada da filha; (b) comunicação ineficaz, pois a equipe médica não explicou sobre a escolha pela limitação de suporte terapêutico para paciente e familiar; (c) paternalismo médico e decisão unilateral, pois a equipe médica ignorou a autonomia e tomada de decisão da paciente no seu processo de fim de vida; (d) ausência de letramento racial que desconsidera a tomada de decisão de indivíduos racializados, agravando suas vulnerabilidades.

Durante os plantões, podem ser percebidas as sutilezas do racismo e das desigualdades raciais potencializadas pelas opressões interseccionais. Além disso, relatos de experiências de pacientes negros e suas famílias são frequentemente compartilhados fora desses ambientes, como aqui exemplificado. Constatamos que o racismo continua a ser um dispositivo biopolítico na produção de iniquidades no acesso à saúde (2), dificultando o cuidado integral dentro do sistema único de saúde, embora tenham ocorrido progressos na legislação de saúde brasileira com a lei 8080/1990 (3) que normatiza o SUS, foi preciso criar em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)(4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A configuração estrutural do sistema de saúde brasileiro traz à tona dilemas éticos que emergem de divergências filosóficas entre os atores envolvidos, sejam profissionais da saúde que pautam suas ações na teoria dos princípios seja pelo paciente/familiar que buscam a oferta de um cuidado ético. Tal constatação nos faz refletir e questionar a qualidade da formação médica no país.

Apesar da excelência técnica dos HUs, muitas vezes é possível perceber reprodução das desigualdades interseccionais pautadas na raça, gênero, idade, classe social entre outros, impactando assim, o cuidado integral e ético, o que nos leva a refletir sobre a dessensibilização profissional na formação médica no Brasil e como ainda temos que evoluir muito no combate ao racismo, visto que o mesmo se apresenta como uma tecnologia de opressão, que contribui de forma deletéria nas decisões que ignoram os direitos e preferências de pacientes envolvidos de múltiplas camadas de vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva LMV. Incertezas no cuidado intensivo de pacientes em terminalidade de vida: reflexão sobre os conflitos bioéticos à luz da Ética do Cuidado [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024
- (2) Gomes IFF. O Valor das vidas: as representações a partir da desconstrução da colonialidade [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024.
- (3) 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.
- (4) 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.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SAÚDE DIGITAL: ESTRATÉGIAS PARA EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA E PROMOÇÃO DA DOAÇÃO DE SANGUE

Ana Carolina Godoy de Oliveira¹

Júlia de Oliveira Lima Silva

Mariana Guimarães Felizardo

Nathan Pedro dos Santos

Leticia Barranco Silva Dias

Filipe Braz Barbosa Maidecchi Mazzaro

Maria Gabriela Maggessy Machado Catão

Flavia Miranda Gomes de Constantino Bandeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A transfusão de sangue é crucial para o tratamento de várias doenças e também distúrbios hemorrágicos. A OMS recomenda que 1 a 3% da população seja doadora de sangue para atender a demanda por transfusão e em 2023, 1,6% da população brasileira foi registrada como doadora de sangue (1). O conhecimento sobre doação e transfusão de sangue é deficiente por parte da população geral e até mesmo por profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros (2, 3). Com base nisto o Projeto de Extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) “Educação Permanente Para Uma Transfusão Segura: Aprendendo a Cuidar Melhor do Doador ao Receptor” utiliza o Instagram® para disseminar informação sobre doação e transfusão de sangue para profissionais da área da saúde e, também, para a população leiga.

OBJETIVO

Explorar o papel da conta @hemoterapia.uerj como ferramenta de divulgação de conhecimento sobre doação e transfusão de sangue, destacando sua contribuição para a disseminação de informações na área desde sua criação em 2021 até fevereiro de 2025.

METODOLOGIA

Visando atingir o maior número de pessoas, principalmente não profissionais da saúde, jovens e de diferentes áreas geográficas, o projeto criou, em 2021, uma conta no Instagram®, cujo usuário é @hemoterapia.uerj. Na plataforma, o projeto divulga conteúdo sobre diversos tópicos em hemoterapia, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido relacionado à transfusão, pré-requisitos básicos e mitos relacionados à doação de sangue e importância da hemoterapia em diversas condições clínicas, cirúrgicas e até em datas comemorativas. As postagens na rede social e a organização de eventos são

¹ Filiação institucional do autor principal: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: carolgodoy.uerj@gmail.com

realizadas pelos alunos de enfermagem e de medicina da UERJ, com apoio e orientação de médicos e enfermeiros membros do projeto. Postagens no feed e nos stories, realização de questionários e divulgação de eventos online e presenciais, são realizados muitas vezes em colaboração com outros projetos da universidade. Rompe-se assim o modelo tradicional de educação unidirecional e passiva, uma vez que há diálogo constante entre os membros do projeto com os seguidores, seja por meio da elucidação de dúvidas ou da avaliação de feedbacks fornecidos pelos seguidores.

RESULTADOS

Desde sua criação, o perfil @hemoterapia.uerj atingiu mais de 950 seguidores, ultrapassando 100 postagens. O público é majoritariamente feminino e jovem (18-34 anos), concentrado na cidade Rio de Janeiro, seguido por São Gonçalo, Niterói e São Paulo.

Acumulou mais de 15 mil visualizações, entre seguidores e não seguidores nos últimos 90 dias até a submissão deste resumo, chegando a impactar mais de 2 mil contas, que geram interações frequentes como curtidas, comentários e compartilhamentos, demonstrando o envolvimento da comunidade e o potencial de expansão do projeto. A publicação mais visualizada foi sobre uma roda de conversa sobre doação de órgãos, promovida em parceria com a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Como o projeto de extensão está vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), o predomínio demográfico facilita a organização de campanhas de doação para o banco de sangue e eventos presenciais, como cursos e palestras. No entanto, graças ao alcance da Internet, ele ultrapassa essas barreiras físicas, ampliando seu impacto.

Postagens informativas com temas atualizados também apresentam excelente alcance, evidenciando o engajamento com o aprendizado sobre hemoterapia.

A estratégia do projeto utilizando a rede social, Instagram®, para a disseminação de informações que circundam o assunto da doação e transfusão de sangue se mostra bem sucedida, à medida em que a interação e comunicação com a comunidade, cresce exponencialmente desde a criação do projeto.

O alcance das postagens são relevantes não só para o avanço do projeto de extensão mas também para toda a comunidade, pois uma crescente atenção às informações relacionadas à educação em hemoterapia reflete em uma sociedade mais informada mostrando que o engajamento dos seguidores nos comentários e mensagens na conta @hemoterapia.uerj se consolidou como canal de comunicação e oportunidade de troca de conhecimento.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Até março deste ano, foram realizadas mais de 25 mil doações no Pará. Brasília, DF: MS; 2024 [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/para/2024/junho/ate-marco-deste-ano-foram-realizadas-mais-de-25-mil-doacoes-no-para>.
- (2) Luzzi JR et al. Experiência de um serviço de hemoterapia em amenizar falhas e melhorar o processo de atendimento em centro cirúrgico. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*. 2021; 43(l):1-46. DOI: 10.1016/j.htct.2021.10.665.
- (3) Mesquita NF et al. Difficulties and strategies related to blood donation in a hemotherapy service. *Rev Rene*. 2021;22:e70830. DOI: 10.15253/2175-6783.20212270830.

FACTORES SOCIOECONOMICOS ASOCIADOS A LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 12 AÑOS DE 2 TERRITORIOS SOCIALES DE LA CIUDAD DE CORONEL OVIEDO, AÑO 2024

Paola Vanesa Santa Cruz Mora¹

Pamela Balmori

Guiomar Viveros

Gloria Gonzalez

Deisy Galeano

Catalina Segovia

INTRODUCCIÓN

La inseguridad alimentaria afecta de manera mundial como también a nivel local, especialmente en comunidades rurales donde los factores socioeconómicos limitan el acceso a alimentos nutritivos (1). La inseguridad alimentaria tiene un impacto profundo y multifacético en los menores de 12 años en Paraguay, se estima que los efectos pueden ser inmediatos y a largo plazo, afectando tanto su salud física como su desarrollo cognitivo y emocional (2).

OBJETIVO

Determinar los factores socioeconómicos asociados a la inseguridad alimentaria en hogares de niños de 5 a 12 años en dos territorios de Coronel Oviedo en 2024.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en 200 hogares rurales de Coronel Oviedo. Se evaluaron variables sociodemográficas, inseguridad alimentaria y estado nutricional de niños mediante encuestas y la Escala FIES.

RESULTADOS

El 83% de los jefes de hogar son hombres; de los cuales el 39,5% tienen estudios universitarios completos, pero el 65,5% de los hogares recibe ingresos equivalentes al salario mínimo, insuficientes para una alimentación adecuada. El 50% reportó alimentación poco variada o no saludable, y el 49% omitió alguna comida principal en el último mes. El 74% de los niños se encontraban con un estado nutricional saludable; a diferencia del 12,5% que presentaban bajos niveles de energía y el 8,5% padecían de un cuadro de anemia.

1 Universidad Nacional de Caaguazú. E-mail: gviveros@fcs.unca.edu.py.

CONSIDERACIONES

La inseguridad alimentaria se relaciona con ingresos limitados y alto costo de alimentos. A pesar del nivel educativo de los jefes de hogar, los ingresos insuficientes afectan el acceso a una alimentación adecuada. Se recomienda implementar programas de apoyo económico, educación nutricional y mejorar el acceso a alimentos nutritivos para mitigar los efectos en los niños.

REFERENCIAS

- (1) FAO. Hambre e inseguridad alimentaria. España, 2024. Disponible en: [https://www.fao.org/hunger/es/#:~:text=La%20FAO%20mide%20la%20inseguridad%20alimentaria,ingl%C3%A9s%29%20que%20se%20muestra%20a%](https://www.fao.org/hunger/es/#:~:text=La%20FAO%20mide%20la%20inseguridad%20alimentaria,ingl%C3%A9s%29%20que%20se%20muestra%20a%20)
- (2) Cook JT, Frank DA. Food security, poverty, and human development in the United States. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1136:193-209. Doi: 10.1196/annals.1425.001.

HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS PARA O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Amanda Bessa Ribeiro de Lima 1

Jessica de Barros Ribeiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A amamentação consiste na alimentação da criança pelo leite humano retirado da mãe ou doado por banco de leite humano, através de contato direto com a mama ou extraído e exerce um papel protetor significativo, pois o leite materno contribui para a prevenção de doenças como: diarreias, infecções respiratórias e alergias (1). Além disso, está associada à diminuição do risco de desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, sendo também um fator protetor para o desenvolvimento de obesidade, principalmente na infância e adolescência (2). Quanto aos benefícios para a mãe, além do fortalecimento do vínculo com seu filho, corrobora para a redução do risco de hemorragias pós-parto, câncer de mama, colo do útero e ovários (2). A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde preconizam o aleitamento materno exclusivo durante os 06 primeiros meses de vida, sem ingestão de água, suco ou qualquer tipo de líquido e alimentos. Ademais, preconiza que o aleitamento materno seja mantido até os 2 anos de vida (3). Quanto à perspectiva brasileira, segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses é de 45,8% (4). A meta da OMS é 50% de aleitamento materno exclusivo em crianças até 06 meses de vida e a do governo brasileiro é 70% até 2030 (5).

OBJETIVO

Analisar as políticas públicas brasileiras para o fortalecimento do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos com o objetivo de responder a pergunta: Como o governo brasileiro tem incentivado o aleitamento materno?

METODOLOGIA

Foi realizada a busca em sites do governo brasileiro e a leitura de políticas nacionais. Além disso, realizou-se busca bibliográfica na plataforma BVSsalud e Pubmed com as palavras-chaves: “políticas públicas” e “aleitamento materno”. Considerou-se como critério de inclusão artigos com texto completo disponível produzidos no Brasil.

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: amandabessarlima@gmail.com.

RESULTADOS

A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (PNAM) foi lançada em 2014, mas em 2017 passou a integrar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) como um eixo estratégico. Em outubro de 2024, a PNAM foi instituída novamente junto com o Comitê Nacional de Amamentação (CNAM). Atualmente, tais políticas estão em vigor. A PNAM possui como objetivos: estimular a amamentação logo após o nascimento, preferencialmente na primeira hora de vida, promover o aumento da prática de amamentação exclusiva até os seis primeiros meses de vida e a continuidade da amamentação até os dois anos ou mais e a implementação de políticas, de forma a integrar a Rede de Atenção à Saúde para garantir a promoção, defesa e incentivo à amamentação. Em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. A PNAISC possui 07 eixos para nortear e qualificar o atendimento às crianças no SUS, sendo o segundo eixo voltado para a valorização e incentivo do aleitamento materno, orientando os benefícios da amamentação para a criança e na importância da alimentação saudável. As ações estratégicas para promoção do aleitamento materno e alimentação saudável são: Iniciativa Hospital Amigo da Criança; Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e a Mobilização Social em Aleitamento Materno. Como mobilização social, instituiu a campanha Agosto Dourado para ações de fortalecimento do aleitamento materno.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Sendo assim, é necessário reconhecer a dedicação do governo brasileiro para alcançar as metas estipuladas. Entretanto, apesar de alguns fatores bem conhecidos, como o Brasil é um país de dimensões continentais, se faz necessário o reconhecimento de como esses fatores afetam negativamente o aleitamento materno de acordo com as especificidades de cada região bem como análise de novos fatores. Além disso, considerando os avanços tecnológicos, é de extrema importância que as políticas públicas atuem também nas divulgações através das mídias sociais.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
- (3) Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para alimentação do lactente e da criança pequena. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003.

- (4) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019): resultados preliminares. Rio de Janeiro: UFRJ; 2020.
- (5) Laboissiere P. Brasil estabelece meta de 70% de aleitamento materno exclusivo até 2030 [Internet]. Brasília, DF: Agência Brasil; 2024 [acesso em 2025 jul 20]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-08/brasil-quer-chegar-70-de-aleitamento-materno-exclusivo-ate-2030>.

HUERTAS TERAPÉUTICAS: UNA EXPERIENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE LA CISTERNA, REGIÓN METROPOLITANA, CHILE”

Loreto Camilú Rodríguez Vásquez ¹

INTRODUCCIÓN

Presentamos la experiencia de la implementación de seis Huertas Terapéuticas en centros de salud primaria, organizaciones comunitarias y en el centro ceremonial Mapuche “*Leli antu Ruka mew*” en la comuna de La Cisterna, región Metropolitana, Chile. Proyecto que inició el año 2016 y que se encuentra vigente actualmente a través de la oficina de promoción de la salud del Municipio.

La comuna de La Cisterna, en la Región Metropolitana de Chile, enfrenta desafíos significativos en términos de salud pública. Según la Encuesta Nacional de Salud 2019-2020 (1), la comuna presenta tasas elevadas de obesidad (34,6%), hipertensión (24,1%), diabetes (12,1%) y depresión (18,3%).

La comuna tiene una población de 85.000 habitantes, con una edad promedio de 34,4 años y un nivel educacional promedio de 12 años. En términos económicos, se clasifica como una comuna de ingresos medios-bajos, con una tasa de pobreza del 14,1%. Además, la comuna de La Cisterna presenta una alta tasa de urbanización y una baja cobertura de áreas verdes.

En este contexto, la oficina de promoción de la salud de la municipalidad de La Cisterna ha buscado estrategias como la implementación de huertas terapéuticas que fomenten la actividad física, la coordinación motora, la fuerza y elasticidad (2), reducción del estrés y la ansiedad (3).

OBJETIVO

Promover la salud integral de las vecinas y vecinos de La Cisterna a través de la implementación de talleres de Huertas Comunitarias.

Objetivos específicos:

- Difundir hábitos de alimentación y promoción de la actividad física en centros comunitarios y de atención primaria en salud.
- Fomentar la revitalización de espacios públicos a través de prácticas de cultivo agroecológico.
- Promover el uso y reconocimiento de plantas medicinales.

METODOLOGÍA

Los Talleres de Huerta se realizan semanalmente, con una duración de 2 horas. El taller es 80% práctico y 20% teórico, abordando temáticas de agroecología, reciclaje, herbolaria, etnobotánica,

¹ Centro eco-Pedagógico Aucca. E-mail: loreto.rodriguezv@usach.cl

mindfulness y nutrición.

Se distribuyen labores de huerta de forma voluntaria y rotativa, considerando las posibilidades de cada participante. Se incluyen los contenidos de:

- Precalentamiento y articulación.
- Trabajo práctico en la huerta: Incorporación de desechos orgánicos domiciliarios a la compostera comunitaria, siembra, trasplante, cosecha de hortalizas de temporada, guardado de semillas criollas.
- Generación de botiquín herbal: Reconocimiento y cosecha de plantas medicinales, elaboración de extractos medicinales en alcohol (sedantes y anti bacterianos) y en aceite (cicatrizantes y desinflamatorios) para la producción de ungüentos medicinales (dermatológicos, analgésicos u antifúngicos).
- Meditación de cierre.

Además, se participa en ferias de salud con stand informativos, exposición de plantas medicinales y distribución de semillas criollas. La convocatoria es abierta y se reciben pacientes de salud mental y adultos mayores derivados del servicio de salud.

RESULTADOS

Entre el 2016 y el 2024 se implementaron 6 huertas en diferentes puntos de la comuna de La Cisterna: 2 Centros comunitarios, 3 Centro de salud familiar, 1 Centro ceremonial mapuche. Analizados los informes técnicos evaluativos de huertas comunitarias entre el 2017 y el 2024 ubicados en la plataforma del ministerio de salud “MIDAS” (Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria) (4) en siete años hay un total de 310 usuarios beneficiados(das) en talleres de huerta terapéutica. El 75% son adultos mayores, el 83% se identifican con el género femenino, el 15% son niños y niñas y el 15% son jóvenes.

Según la encuesta de seguimiento del proyecto año 2024, el 71,4% de los beneficiarios le gustaría pertenecer a una red de huerteros de la comuna y recuperar espacios públicos de manera voluntaria. Dentro de los conceptos más utilizados por las beneficiarias(os) al momento de realizar el seguimiento encontramos: “el sentido de pertenencia al territorio”, considerando este un lugar de “encuentro”, de “salud”, de “autogestión”, de “cosecha”, un lugar “desestresante”, la gran mayoría declaran no contar con espacio en sus propios hogares para cultivar.

La cantidad de metros intervenidos por año fue en 2018 de 401 mts, luego del periodo de crisis sanitaria Covit 19, donde no se realizaron talleres de huerta, las intervenciones disminuyeron a 130 m2 entre los años 2021 y 2023, alcanzando llegar a 230 m2 el 2024.

Debido a la crisis sanitaria se levantó un Diagnóstico participativo entre 61 usuarios(as) de huertas Terapéuticas de la Cisterna a través de una encuesta online y telefónica. A raíz de eso se

distribuyeron kit de huerta domiciliaria, manuales educativos y videos online, siendo beneficiarios(as) 135 adultos, 34 adultos mayores y 29 menores de edad.

CONSIDERACIONES

Las huertas comunitarias son satisfactores sinérgicos de necesidades, combinando la promoción de la salud física y mental, la conexión con la naturaleza, la socialización y la producción de alimentos saludables. Para la sostenibilidad de la huerta en espacios públicos, hay que destacar el compromiso de dirigentes sociales o funcionarios de salud, especialmente en períodos en que no hay talleres. La huerta ofrece una oportunidad para integrar la salud convencional y la naturopática, superando la dicotomía entre ambas.

Al fomentar la producción y consumo de alimentos agroecológicos, la huerta comunitaria se alinea con los principios de soberanía alimentaria y nutricional de las comunidades, y promueve una relación más saludable y respetuosa con la naturaleza (5). Gestando los vínculos que promueven prácticas descolonizadoras, la autonomía y la autodeterminación de las comunidades para decidir sobre su propia salud y alimentación.

REFERENCIAS

- (1) Encuesta Nacional de Salud Chile 2019-2020. Disponible em: <https://epi.minsal.cl/>
- (2) López R. La actividad física en la naturaleza como herramienta para la promoción de la salud. Rev Actividad Física Deporte. 2012;11(1):45-54.
- (3) Alonso M. La terapia ocupacional en la atención primaria de salud. Rev Terapia Ocupac. 2005;12(2):53-62.
- (4) Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria. Informes técnicos evaluativos de huertas comunitarias (2017 al 2024). (Plataforma del ministerio de salud "MIDAS").
- (5) Martínez E. La agroecología como herramienta para la soberanía alimentaria y la seguridad nutricional. Revista de Agroecología. 2018;13(1):15-24.

IMPACTOS DE UMA EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA NO DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO E PESSOAL DOS ALUNOS

María Constantina Caputo¹

Ana Clara Marambaia Argueiro

Ananda Maia de Cerqueira Silva

Anna Carolina Pereira Brito

Carina Passos Matos de Oliveira

Clarice Tosi Soares

Jaqueline Almeida da Silva

Maria Beatrix Souza Moreira de Jesus

Thaila Miranda Nunes

Yakini Sele Ferreira dos Santos Bomfim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O modelo alimentar atual, baseado na produção de commodities para a fabricação de alimentos processados e ultraprocessados, tem impactos ambientais significativos, contribuindo para mudanças climáticas e outros problemas ambientais. Além disso, ele está associado ao aumento das taxas de obesidade, doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes, assim como danos ao desenvolvimento cognitivo e neurológico (1). Promover uma alimentação saudável e sustentável deve ser uma das prioridades nas ações de saúde pública, assim como abordar os riscos da contaminação por resíduos de agrotóxicos presentes nos alimentos ultraprocessados. A pesquisa do IDEC (2). mostrou que os resíduos de agrotóxicos estão presentes em diversos produtos ultraprocessados, como biscoitos, refrigerantes, embutidos, entre outros. Esse cenário torna ainda mais relevante a discussão sobre o impacto do consumo desses alimentos, especialmente entre crianças e adolescentes (3). É essencial informar a população sobre os riscos à saúde causados pela ingestão desses produtos (4) e defender políticas públicas que incentivem a produção de alimentos mais saudáveis e sustentáveis. O projeto foi realizado como parte da Atividade Curricular em Comunidade: Promoção da Saúde e Qualidade de Vida 2024.2 da Universidade Federal da Bahia. Para sensibilizar os alunos do ensino fundamental de escolas municipais de Salvador sobre os riscos dos agrotóxicos nos alimentos ultraprocessados, os estudantes elaboraram uma peça teatral, uma cartilha e uma revista em quadrinhos. Durante a criação dos materiais, todos participaram ativamente de todas as etapas, o que fortaleceu a sinergia e o compromisso da equipe.

OBJETIVO

Apresentar o impacto nos estudantes da vivência extensionista.

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: caputo@ufba.br

METODOLOGIA

A peça foi apresentada para alunos do ensino fundamental em 8 escolas públicas de Salvador. O enredo da peça abordou a quantidade de agrotóxicos presentes nos alimentos e como eles afetam a saúde ao longo da vida. A peça utilizou humor e dramatização como ferramentas para tornar o conteúdo acessível e cativante, promovendo reflexão e conscientização.

RESULTADOS

Os depoimentos dos alunos envolvidos na atividade destacam os impactos pessoais e acadêmicos da experiência: “Esta ACCS proporcionou não apenas aprendizado teórico e prático, mas também momentos emocionantes e transformadores. O afeto das crianças, a colaboração com colegas e a superação de desafios fortaleceram minha formação acadêmica e pessoal. Renovou meu compromisso com ações que promovam qualidade de vida e justiça social” (D1). “Participar do componente foi uma vivência interdisciplinar que impactou tanto a comunidade escolar quanto minha trajetória como discente do BI em Saúde. Através da combinação de arte, ciência e educação popular, conseguimos transformar o conhecimento em uma ferramenta prática de conscientização e mudança” (D2). “Alguns alunos mostraram resistência e afirmaram que continuariam comendo os alimentos e isso foi uma das coisas que mais me chamou atenção, visto que fiquei reflexiva sobre a maneira como nós, futuros profissionais de saúde, devemos lidar com os contextos adversos, sendo necessário paciência, respeito e empatia para compreender as ações e escolhas do paciente, mesmo que estas coloquem sua saúde em risco” (D4). “Sai dessa vivência não apenas mais preparada academicamente e/ou profissionalmente, mas também cresci como ser humano crítico, mais consciente do meu papel como cidadão em uma sociedade que busca equidade, saúde e qualidade de vida” (D5). “Essa experiência proporcionou a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos teoricamente durante o percurso da matéria, na fase de preparação, produção e execução, me permitindo entender sobre agrotóxicos - relacionado ao consumo através dos alimentos processados e ultraprocessados, à intoxicação através da aplicação desse veneno, aos prejuízos ao meio ambiente, à implicações das commodities e plantações, a bancada ruralista e os impostos” (D6). “Passei a conhecer melhor o contexto político brasileiro e a influência exercida pelas grandes indústrias, latifundiários e mídia” (D7). “Esta ACCS propõe-se a ser mais do que uma disciplina acadêmica, é um convite à reflexão crítica, à empatia e à ação. Estamos diante de uma jornada que busca a disseminação de conhecimentos científicos acerca dos agrotóxicos e alimentos processados e ultraprocessados. Também almeja fomentar a conscientização e autonomia entre os alunos para que possam agir em prol de sua própria saúde, podendo alcançar outros indivíduos, como aqueles inseridos em seu núcleo familiar” (D8).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Essa experiência articulou teoria e prática, ao mesmo tempo em que ampliou a compreensão sobre a realidade social, promoveu o desenvolvimento de habilidades interpessoais fundamentais, como comunicação, empatia, trabalho em equipe e resolução de problemas, assim como despertou

a sensibilização social, ao estimular a consciência sobre desigualdades e os desafios enfrentados por populações vulneráveis. Por fim, fortaleceu o compromisso cidadão ao atuar em ações voltadas para o bem-estar coletivo, desenvolvendo um senso de responsabilidade social e maior consciência de seu papel na construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

REFERÊNCIAS

- (1) Louzada MLC, Costa CS, Souza TN, Cruz GL, Levy RB, Monteiro CA. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(Suppl 1):e00323020. Doi:10.1590/0102-311X00323020.
- (2) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Tem veneno nesse pacote. São Paulo: IDEC; 2021 [citado 2025 Mar 14]. Disponível em: https://idec.org.br/system/files/ferramentas/idec_cartilha_tem-venenonesse-pacote.pdf.
- (3) Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Os impactos dos agrotóxicos na segurança alimentar e nutricional: contribuições do CONSEA. Brasília, DF: CONSEA; 2012.
- (4) Meira APG, Silva MVD. Resíduos de agrotóxicos potencialmente contidos na dieta habitual de escolares. *Seg Aliment Nutr*. 2019 [citado 12 ago 2025];26:8654932. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8654932>.

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO COMBATE ÀS ARBOVIROSES EM IPATINGA: AGILIDADE, OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS E EFICIÊNCIA NO ATENDIMENTO

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento¹

Elainize Rodrigues do Santos Oliveira

Elisangela Alves Santana

Glauco Cesar Martins

Josiane Marcia de Castro

Walisson Medeiros

Igor Gandra Neves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A gestão da saúde pública enfrenta desafios constantes, especialmente no combate às arboviroses, doenças transmitidas por vetores como o mosquito *Aedes aegypti* (1). Em Ipatinga, para otimizar os recursos e agilizar o atendimento à população, em 2023, foi criado o aplicativo Fala Ipatinga. Essa plataforma inovadora foi desenvolvida para facilitar o processo de denúncia e solicitação de vistorias em imóveis, essenciais para o controle das arboviroses, como dengue, zika e chikungunya. Antes da digitalização, as solicitações eram feitas manualmente, o que tornava o atendimento mais lento e burocrático. Com a implementação do Fala Ipatinga, foi possível melhorar o monitoramento e a resposta rápida a surtos dessas doenças, além de tornar o fluxo de trabalho mais eficiente. A ferramenta permite que os cidadãos registrem ocorrências de focos de mosquitos e solicitem vistorias, contribuindo para o controle efetivo dos criadouros. Com a integração de dados e o uso de tecnologia, a plataforma otimiza o deslocamento das equipes e reduz o tempo de resposta, garantindo ações mais ágeis no combate às arboviroses. Essa iniciativa demonstra como a inovação tecnológica pode transformar a gestão pública, tornando-a mais eficiente no enfrentamento de surtos e na proteção da saúde coletiva (2).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é analisar a implementação e os impactos do aplicativo Fala Ipatinga no combate às arboviroses, destacando como a digitalização das solicitações de vistorias e denúncias contribui para a eficiência das ações de controle do mosquito *Aedes aegypti*. A pesquisa visa avaliar a melhoria na gestão das ocorrências, a agilidade na resposta das equipes de saúde e a eficácia do aplicativo na redução de surtos de doenças como dengue, zika e chikungunya no município.

METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho foi baseada em um relato de experiência, estruturado em etapas

1 Prefeitura Municipal de Ipatinga. E-mail: vanessaramlow@hotmail.com

sequenciais para garantir a eficácia do aplicativo Fala Ipatinga no combate às arboviroses. Primeiramente, realizou-se o levantamento das necessidades junto à Vigilância em Saúde e setores parceiros, seguido pelo desenvolvimento da plataforma digital, com foco em uma interface intuitiva e acessível. Após a criação, foram realizados testes e ajustes para otimizar a usabilidade. Em seguida, as equipes de saúde e zoonoses receberam capacitação, com foco na utilização eficiente do aplicativo e na integração com o sistema de gestão municipal. Para engajar a população, foram realizadas campanhas educativas, utilizando redes sociais, rádios e parcerias com organizações locais, para promover o uso da plataforma. A execução do projeto foi monitorada constantemente, com análises periódicas dos dados coletados e avaliações de desempenho, permitindo ajustes contínuos nas ações de controle de arboviroses. O processo de monitoramento também incluiu a implementação de medidas corretivas sempre que falhas ou melhorias eram identificadas, assegurando a eficiência da ferramenta no combate a surtos.

RESULTADOS

A implementação do aplicativo Fala Ipatinga trouxe importantes resultados para o controle das arboviroses no município. Com ele 80% das solicitações de vistoria foram atendidas em até 48 horas, permitindo ações rápidas para eliminar focos do mosquito *Aedes aegypti* e controlando surtos de doenças como dengue, zika e chikungunya. Além disso, houve uma redução de 30% nas denúncias de arboviroses, graças às ações preventivas facilitadas pelo aplicativo. Em 2022 foram 633 solicitações de atendimentos, após a implantação do aplicativo, os atendimentos aumentaram consideravelmente, passando para 1598 em 2023 e 1454 no ano de 2024. O sistema de triagem digital das denúncias otimizou os recursos humanos, permitindo que as equipes priorizassem atendimentos com maior risco epidemiológico e reduzissem deslocamentos desnecessários. A plataforma também garantiu maior transparência, permitindo que os cidadãos acompanhassem o status de suas solicitações, diminuindo a necessidade de retornos presenciais ou por telefone. A digitalização das solicitações reduziu a sobrecarga nos canais tradicionais de atendimento, diminuindo filas e o tempo de espera. O aplicativo, acessível a qualquer cidadão com smartphone, democratizou o serviço, tornando-o mais inclusivo. Além disso, a ferramenta fortaleceu o engajamento da população no combate às arboviroses, promovendo um senso de responsabilidade coletiva e facilitando a comunicação entre a comunidade e a gestão pública. Esses resultados demonstram como o uso da tecnologia no gerenciamento de saúde pública pode otimizar processos, aumentar a eficiência e promover uma gestão mais ágil e transparente no combate às arboviroses, beneficiando tanto a população quanto os profissionais de saúde (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A implementação de tecnologias no combate às arboviroses em Ipatinga demonstrou resultados positivos, oferecendo resposta mais rápida e coordenada às demandas da população. A integração dos sistemas e a capacitação contínua das equipes foram essenciais para o sucesso da estratégia, permitindo uma atuação mais eficiente e eficaz no controle das arboviroses. A experiência adquirida evidenciou que o uso de ferramentas tecnológicas é fundamental para a gestão moderna e eficiente da saúde

pública, especialmente na vigilância epidemiológica. A otimização dos recursos humanos, combinada com inovações como o aplicativo Fala Ipatinga, resultou em uma cobertura mais ampla e em tempos de resposta reduzidos, contribuindo para a prevenção e o controle de surtos. Esses resultados reforçam a importância de continuar investindo em soluções tecnológicas, que se mostram um caminho promissor para aprimorar o atendimento à população e garantir maior transparência nas ações de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- (1) Avelar RS, Busato IMS, da Costa Rosa I. O uso de tecnologias no enfrentamento das arboviroses no município de Goiandira-GO: proposta de governança sustentável. *Rev Meio Amb Sustent.* 2022;11(23):106-117.
- (2) Cruz DMO, et al. Inteligência epidemiológica, investimento em tecnologias da informação e as novas perspectivas para o uso de dados na vigilância em saúde. *Cad Saude Publica.* 2024;40:e00160523.
- (3) Vieira AF, et al. Aplicando tecnologia participativa para mapear e combater arboviroses transmitidas pelo *Aedes Aegypti* em redenção. *Observ Econ Latinoam.* 2023;21(12):27299-27314.

INOVAR PRÁTICAS, DESCOLONIZAR O ENSINO: REFLEXÕES SOBRE A INOVAÇÃO E O EMPREENDEDORISMO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Margareth Cristina de Almeida Gomes¹

Pedro Miguel dos Santos Dinis Parreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em tempos hodiernos de tensões e crises geopolíticas, temas relacionados à cooperação internacional e direitos humanos ganham centralidade nas narrativas de líderes globais (1). Se por um lado, acontecem violações de direitos humanos, por outro, algumas instituições registram esforços em robustecer a resiliência das políticas de proteção social, tendo como foco o estímulo às práticas inovadoras e a qualificação da força de trabalho, levando em consideração a diversidade cultural e humana. No cerne destes debates, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a enfermagem como uma das profissões que figuram no déficit global de 15 milhões na força de trabalho da saúde, pelo contingente de número e gênero que compõem a categoria. Neste contexto, os processos de ensino-aprendizagem de profissionais enfermeiros são centrais na promoção da autonomia e valorização das culturas locais, sem perder de vista o horizonte de competências-chave para favorecer o fortalecimento dos sistemas de saúde, tais como competências de inovação e empreendedorismo, qualificando a força de trabalho para respostas rápidas a desafios emergentes.

OBJETIVO

Esta reflexão compõe projeto de pós-doutoramento em Enfermagem, realizado junto à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), com o objetivo de analisar o ensino de competências de inovação e empreendedorismo de estudantes de Graduação em Enfermagem brasileiros, a partir da integração de perspectivas internacionais vinculadas à tendência global relacionada ao ensino baseado em competências e as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem do Brasil.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão crítica de literatura relacionada aos temas do projeto de investigação, sob a compreensão de que é uma estratégia que permite integrar diferentes metodologias e, assim, colaborar com o aprimoramento da Prática Baseada em Evidências. Foi estabelecida a seguinte questão de pesquisa, formulada em consonância com a mnemônica PICo (população, fenômeno de interesse e contexto): “Quais os sentidos do ensino de competências relacionadas à inovação e empreendedorismo

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. E-mail: margareth.gomes27@gmail.com

para estudantes de graduação em Enfermagem?”. Foram utilizados os descritores: Enfermagem; Empreendedorismo; Inovação; Educação Baseada em Competências. A pesquisa foi realizada em dois idiomas (português e inglês), nas bases de dados Scielo, PubMed e Scopus. Restringiu-se a pesquisa aos anos de 2020 a 2025, pela necessidade de atualidade dos resultados de investigação, bem como pela ideia de que a pandemia por Covid-19 propulsionou o ensino baseado em competências de forma global.

RESULTADOS

A partir das buscas em bases de dados realizadas no mês de março de 2025, foram encontrados 3 (três) artigos na base PubMed e 48 (quarenta e oito) artigos na base Scopus, sendo que não foram encontrados resultados na base Scielo. Foram critérios de inclusão os artigos constarem disponíveis na íntegra e que tratassem da qualificação por treinamentos e formações de estudantes de Graduação em Enfermagem sobre Inovação e Empreendedorismo. Foram considerados critérios de exclusão os artigos referentes a outras categorias da saúde, artigos sobre processos formativos que não abarcassem diretamente os temas da Inovação e Empreendedorismo e sobre formações em nível de pós-graduação. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 (seis) artigos para leitura na íntegra. A literatura aponta que há diversos esforços de valorização de competências com o intuito de treinamento da força de trabalho em saúde, nas quais a inovação pode consistir em um comportamento (2) ou uma habilidade que funciona como motor para promover ideias relacionadas ao empreendedorismo, possuindo orientações políticas das mais diversas (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No âmbito de uma episteme relacionada a Empreendedorismo e Inovação, constatou-se que o ensino de graduação enfoca aspectos clínicos e pode não preparar estudantes para oferta de bens e serviços de cuidados a partir de reflexão crítica da realidade e solução de problemas. A “protocolização” do ensino pode levar ao desenvolvimento de destreza na realização de práticas e, ao mesmo tempo, ao esquecimento da importância da autonomia no pensar e agir nos contextos práticos onde se inserem os discentes. Também pode conduzir a obnubilação da diversidade cultural, por formatar uma epistemologia, relegando outras formas de pensar e cuidar conforme os contextos. Sob os efeitos de uma educação liberal, a capacidade de inovar por meio da criatividade e auto-eficácia, funcionaria como competência com plasticidade suficiente para favorecer (ou não) a descolonização da educação, na busca por colaborar com um engajamento significativo no mundo do trabalho em tempos de crise e pós-crise.

REFERÊNCIAS

- (1) Jank-Calixto A, Carvalho LC. Direitos humanos em tempos de crise: os reflexos do coronavírus no compliance estatal com a sistemática internacional. *Opinião Jurídica*. 2021;19(40):441-464.
- (2) Liu L et al. The mediating and moderating role of nursing information competence between nurses' creative self-efficacy and innovation behavior in a specialized oncology hospital. *BMC Nursing*. 2024;23(1). Doi: 10.1186/s12912-024-02360-7.
- (3) Heydari N, Rakhshan M, Torabizadeh C, Salimi G. Individual innovation from the perspective of nursing students: A qualitative study. *BMC Nursing*. 2023; 22(1). Doi: 10.1186/s12912-023-01311-y.

INSEGURANÇA ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS, RJ.

Izabel Ester Pires 1

Lorrene Rodrigues Pimentel Rezende
Ana Paula Rísoli dos Santos

Letícia Ivana Gomes Ennes

Laís Silva de Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O acesso permanente aos alimentos é essencial para a vida, sendo garantido pelo Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. O DHAA e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) garantem o acesso contínuo a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, de forma sustentável, respeitando a diversidade cultural. A falta desse acesso configura Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) (1-3). A IAN no Brasil é um problema estrutural que afeta milhões de famílias. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017-2018) apontou que 36,7% dos domicílios brasileiros possuem algum grau de IAN (3). Dentre os grupos de maiores riscos à IAN estão os beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), estratégia governamental de transferência de renda às famílias em situação de vulnerabilidade social (4). Para gestantes a IA e, consequentemente, o ganho de peso inadequado pode causar complicações de saúde, como anemia, hipertensão, depressão, aumentar os riscos de parto prematuro e baixo peso ao nascer, acarretando na elevação de custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (4). Sob essa ótica, torna-se fundamental o acompanhamento do estado nutricional, e da segurança alimentar durante a gestação, principalmente das gestantes em vulnerabilidade social, como as beneficiárias do PBF (5).

OBJETIVO

O estudo tem como objetivo avaliar e identificar o risco de IAN e o estado nutricional de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família residentes no município de Petrópolis/RJ.

METODOLOGIA

Os dados deste estudo foram coletados no período de março de 2023 à março de 2025 a partir da implementação, pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição do município, de uma ficha de notificação de gestantes beneficiárias do PBF, preenchida durante o pré-natal pelos profissionais de saúde da unidade de referência. O documento contém dados pessoais, dados para avaliação do estado nutricional e a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA). Essa consiste em duas

1

Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. E-mail: izabelpires1995@gmail.com.

perguntas para classificar a situação de insegurança alimentar, de forma que duas respostas negativas caracterizam SAN, uma resposta negativa, possível situação de IAN leve e duas respostas afirmativas, provável cenário de IAN moderada ou grave. Para a avaliação nutricional, utilizou-se o Índice de Massa Corporal Gestacional (IMC gestacional), calculado a partir do peso e altura, e classificado por meio da tabela do IMC por semana gestacional preconizado pelo Ministério da Saúde. As informações obtidas foram tabuladas e posteriormente, submetidas à análise estatística descritiva, por meio do programa Microsoft Excel.

RESULTADOS

No total foram notificadas 1.943 gestantes de todas as regiões de saúde do município. Dessas 1.813 possuíam todas as informações necessárias para a classificação da IAN e 1.583 para avaliação do estado nutricional. Através do IMC gestacional, observou-se que 30,3% (480) das gestantes encontravam-se com IMC gestacional adequado, enquanto 69,7% (1.103) apresentavam alteração no estado nutricional, sendo: 16,4% (260) com IMC gestacional classificado em baixo peso, 25,3% (401) com sobrepeso e 27,9 (442) com obesidade. Em relação ao risco de insegurança alimentar apenas 28,6% (519) foram classificadas com segurança alimentar e nutricional e 71,4% (1.294) com algum grau de IAN, sendo: 13,2% (239) com insegurança alimentar leve e 58,2% (1.055) com insegurança alimentar moderada/grave. Destaca-se que todas as gestantes identificadas com IAN moderada/grave foram encaminhadas para o Centro de Referência de Assistência Social. Ademais, diante dos resultados encontrados acerca da IAN, realizou-se o encaminhamento dessas gestantes para o projeto, desenvolvido pelo Centro de Defesa de Direitos Humanos, do município, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Itaboraí, a Fundação de Apoio à Fiocruz (FIOTEC), O Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE) e a Secretaria Municipal de Saúde, “A Fome não Espera”. O projeto era voltado à pauta da SAN de forma integral, realizando não só a entrega de cestas básicas mensais para as gestantes, como também abordando questões de políticas públicas por meio de ações de educação em saúde. As gestantes foram selecionadas por critério de gravidade da IAN e alteração do estado nutricional, sendo acompanhadas durante nove meses, independentemente da idade gestacional e/ou finalização da gestação. Diante dos resultados, observou-se que as gestantes do município, beneficiárias do PBF, apresentaram grau de IAN superior aos dados referentes à população brasileira e aos encontrados na literatura. Além de apresentarem maior índice de baixo peso em relação às gestantes do município, de acordo com o SISVAN 2023, o que contribuiu para o aumento de vulnerabilidades sociais e desfechos desfavoráveis durante o período gestacional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Dessa forma, compreende-se que gestantes beneficiárias do PBF, apesar de receberem o benefício de transferência de renda, ainda encontram-se em maior risco de IAN moderada/grave, gerando reflexões se o PBF é suficiente para assegurar a garantia da SAN e do DHAA. Ademais, salienta-se a importância das ações de educação em saúde, paralelamente a entrega da cesta básica,

como ferramenta de empoderamento, autonomia, inclusão social e acesso à informação, cooperando para atenuação das desigualdades sociais e na promoção de ciclos de saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº11.346, 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: 2006 Set 15.
- (2) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2016 [Acesso em 14 de Fev 2025]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil/constituicao.htm>.
- (3) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF 2017-2018: Análise da segurança alimentar no Brasil [Internet]. 2023 [Acesso em 2025 Abr 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/investigacoes/estatisticas/pesquisadeorcamentosfamiliare.html>.
- (4) Bortolanza EDCVC et al. (In)segurança alimentar e nutricional e fatores associados em famílias chefiadas por mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família. Segurança Aliment Nutr. 2023; 30.
- (5) Rocha ALM et al. A relação da alimentação da gestante e a influência no desenvolvimento do bebê. Research, Society and Development. 2023;12(12).

INSEGURANÇA ALIMENTAR E OS DESFECHOS NUTRICIONAIS E DE SAÚDE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Manuela Cerqueira Garcia Martinez ¹

Juliana Vieira de Castro Mello

Ana Lúcia Pires Augusto

Rosana Salles-Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A alimentação adequada na infância é essencial para o desenvolvimento físico e cognitivo, prevenindo patologias como anemia, obesidade, desnutrição, cáries, atraso no crescimento e infecções respiratórias e gastrointestinais (1). A insegurança alimentar (IA) pode comprometer o estado nutricional de crianças e adolescentes, grupo mais suscetível a impactos nutricionais adversos. Fatores socioeconômicos como renda, gênero, raça, escolaridade, localização e acesso a programas sociais parecem estar associados à IA.

No Brasil, o ENANI-2019 observou que 47,1% dos domicílios com crianças menores de 5 anos enfrentavam IA (2). A IA agrava condições clínicas em crianças hospitalizadas, afetando a ingestão alimentar e prolongando internações. Está associada a desfechos adversos, como malformações congênitas, baixo peso ao nascer e diarreias. Além disso, pode gerar impactos psicoemocionais, afetando padrões alimentares e qualidade nutricional (3-5). Portanto, a IA é um fator de risco para desfechos negativos de saúde infantil, exigindo investigação e políticas públicas para mitigar seus efeitos.

OBJETIVO

Verificar a associação entre a insegurança alimentar domiciliar e os seus desfechos nutricionais e de saúde em crianças e adolescentes.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma busca bibliográfica por dois pesquisadores independentes com base nas diretrizes PRISMA, abrangendo o período de 2014 a 2024, nas seguintes bases de dados: US National Library of Medicine at the National Institutes of Health (PubMed), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Cochrane Library, Web of Science, Scopus e Embase. Os termos e descritores foram definidos utilizando as plataformas Medical Subject Headings (MeSH) e Health Sciences Descriptors (DeCS), incluindo “Food Insecurity”, “Food Security”, “Household food insecurity”, “Child”, “Children” e “adolescents”, além de seus equivalentes em português.

1

Universidade Federal Fluminense. E-mail: manuela_garcia@id.uff.br

Os estudos foram selecionados através de uma revisão de títulos e resumos, seguida da leitura do texto completo. Foram extraídas informações sobre a população estudada, desenho do estudo, ferramentas de medição da IA, proporções de IA, desfechos, variáveis de ajuste ou de confusão, métodos estatísticos e resultados de 88 estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade.

RESULTADOS

A maioria dos estudos foi conduzida nos EUA, Brasil e África, com a proporção de IA variando entre 10% e 97,2%. As ferramentas de avaliação utilizadas foram diversas, desde perguntas únicas até escalas validadas, sendo as mais comuns a Household Food Security Survey Module (HFSSM) completa (17 estudos) e reduzida (11 estudos), a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (18 estudos) e a Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) (12 estudos). Outras escalas, como ELCSA, FIES e Radimer/Cornell, foram aplicadas em menor proporção.

Em crianças, os principais desfechos associados à IA foram padrões alimentares inadequados e alterações no estado nutricional, com destaque para baixa estatura e desnutrição. A maioria dos estudos encontrou menor consumo de alimentos saudáveis e maior ingestão de ultraprocessados. Além disso, 62,1% dos estudos relataram impacto no estado nutricional, sendo a baixa estatura e o déficit de peso os mais frequentes, enquanto o excesso de peso apareceu em menor proporção.

Entre adolescentes, a IA esteve fortemente associada a transtornos psicoemocionais, como ansiedade e depressão (88,9% dos estudos), além de impactos na qualidade alimentar e no estado nutricional. Nos estudos que analisaram conjuntamente crianças e adolescentes, a IA também esteve ligada a padrões alimentares inadequados, baixa estatura e transtornos como ansiedade e depressão. Outros desfechos menos frequentes incluíram distúrbios do sono, TDAH e abandono escolar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este trabalho destaca a IA como um fator determinante para desfechos adversos na saúde e nutrição de crianças e adolescentes, associando-se à desnutrição, obesidade, déficits nutricionais e padrões inadequados de consumo alimentar, além de impactar o desenvolvimento físico e emocional, agravando a qualidade de vida em contextos vulneráveis.

É essencial a implementação de políticas públicas e programas multissetoriais envolvendo saúde, educação e economia, visando atender às necessidades nutricionais, psicológicas e sociais da população vulnerável. Como a IA está ligada a fatores como baixa renda e desemprego, as estratégias devem atuar na raiz do problema, promovendo acesso a alimentos e melhoria das condições de vida.

Garantir acesso contínuo a alimentos de qualidade, aliado ao suporte emocional e à educação nutricional, é crucial para mitigar os impactos da IA e promover um desenvolvimento saudável. Assim, reforça-se a necessidade de esforços coordenados e contínuos para melhorar a vida e a saúde de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
- (2) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Características sociodemográficas: aspectos demográficos, socioeconômicos e de insegurança alimentar 2: ENANI – 2019. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2021.
- (3) Rahman A, Hossain MM. Prevalence and determinants of fever, ARI and diarrhea among children aged 6-59 months in Bangladesh. BMC pediatrics. 2022;22(1):117.
- (4) Antunes MML, Sichieri R, Salles-Costa R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. Cad Saúde Pública. 2010;26.
- (5) Barroso GdS, Sichieri R, Salles-Costa R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. Rev Bras Epidemiol. 2008;11.

INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS BRASILEIROS COM CRIANÇAS DA PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES (2017-2018) E A AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS DE BAIXO CONTEÚDO NUTRITIVO

Lezye Coelho Veiga ¹

Gabriela da Silveira Lopes

Juliana Vieira de Castro Mello

Pamela Cristina Brito do Nascimento

Talita Barbosa Domingos

Rosana Salles-Costa

Ana Lúcia Pires Augusto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A infância é uma etapa na qual diferentes mudanças físicas e mentais estão ocorrendo, o que influencia diretamente o crescimento e desenvolvimento infantil. Nesse contexto, os hábitos alimentares estabelecidos estão diretamente relacionados com a qualidade de vida das crianças, visto que podem gerar repercussões significativas na saúde ao longo da vida (1).

Assim, o consumo de alimentos ultraprocessados desde a infância torna-se preocupante na medida que, para além de estarem presentes em sua composição ingredientes que os tornam hiper palatáveis e, portanto, atraentes para o público infantil, possuem baixo custo e vida útil mais longa (1), tornando-os também uma escolha viável para toda a família quando em situação de Insegurança Alimentar (IA) (2).

A IA é definida por situações em que indivíduos não possuem acesso seguro à alimentação de qualidade e com quantidade suficiente, capaz de garantir a saúde, o crescimento e desenvolvimento normal (3). Esta relaciona-se, concomitantemente à falta de recursos financeiros, a determinados fatores como déficit no acesso a alimentos saudáveis em áreas remotas, adversidades quanto às questões de logística e a escassez de conhecimento acerca da alimentação saudável e nutrição (4).

OBJETIVO

Observar a associação entre os diferentes níveis de Insegurança Alimentar e as características sociodemográficas nos domicílios brasileiros que tenham crianças menores de 10 anos com as despesas de alimentos não saudáveis e de baixo teor nutritivo.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal utilizando-se dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de

1

Universidade Federal Fluminense. E-mail: lezyeveiga@id.uff.br

2018, com as características dos domicílios e moradores, caderneta de aquisição, avaliação da condição de vida e Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Investigou-se a IA como categoria de exposição classificada em Segurança Alimentar, IA leve, IA moderada e IA grave (5) e como desfechos os gastos em aquisição de alimentos não saudáveis em domicílios com crianças menores de 10 anos.

Foram selecionados estes, criando-se variáveis para cada grupo de alimentos. Outra variável foi criada com os gastos de cada domicílio com cada grupo. Finalmente, gerou-se uma variável para análise dos gastos com cada grupo por domicílio/mês.

No cálculo de despesas com os grupos alimentares, utilizaram-se os valores médios semanais. Utilizou-se a análise de regressão linear para investigar a relação entre IA e gasto na compra de grupos de alimentos não saudáveis (p -valor $<0,05$) e por fim modelos multivariados lineares, para estimativa dos coeficientes beta (β) com as variáveis que se associaram aos gastos com os produtos que haviam se associado à IA.

RESULTADOS

Dos 57.920 domicílios participantes da POF, 16.657 domicílios foram considerados elegíveis devido à presença de pelo menos uma criança com até dez anos de idade na composição familiar.

Foi observado que famílias em situação de IA tendem a gastar menos na aquisição de alimentos ultraprocessados, como para embutidos, por exemplo ($\beta=-0,68$; IC95%: $-1,08$; $-0,28$). Também apresentaram essa relação inversa os biscoitos ($\beta=0,60$; IC95%: $-0,99$; $-0,21$), chocolates e doces ($\beta=-0,80$; IC95%: $-1,01$; $-0,59$), petit suisse ($\beta=-0,08$; IC95%: $-0,13$; $-0,04$), geleia e gelatina ($\beta=-0,07$; IC95%: $-0,13$; $-0,01$), refrigerantes ($\beta=-1,10$; IC95%: $-1,37$; $-0,82$) e achocolatado ($\beta=-0,31$; IC95%: $-0,48$; $-0,14$). Quando a disponibilidade desses recursos é escassa, as famílias em IA buscam priorizar a compra de alimentos básicos, como arroz e feijão, que culturalmente são importantes na vida das famílias. Entretanto, é importante considerar que nos últimos anos, com a pandemia de Covid-19 e os retrocessos nas políticas de segurança alimentar, houve um aumento significativo nos preços de alimentos básicos como o arroz e feijão.

Observou-se, também, que os domicílios chefiados por mulheres encontram maior dificuldade para aquisição de alguns grupos como refrigerantes, achocolatados e empanados e embutidos. No caso dos biscoitos, empanados e embutidos, observou-se que os valores de β eram positivos para a raça indígena, sugerindo que o aumento nos gastos com esses produtos estava associado aos indivíduos pertencentes a essa raça, em contraste com a raça branca.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados encontrados neste trabalho reafirmam a importância de se atentar às condições que levam às desigualdades sociais e corroboram para a IA, o que destaca o papel imprescindível do Poder Público na implementação de Políticas Públicas para mitigá-la, considerando a vulnerabilidade biopsicossocial desta população.

Além disso, o cuidado com a alimentação infantil, com a promoção de escolhas alimentares mais saudáveis por parte das famílias brasileiras por meio da conscientização sobre os alimentos que são adquiridos. Assim sendo, ao compreender os benefícios de uma alimentação balanceada e adequada nutricionalmente, as famílias podem optar por alimentos frescos e nutritivos, evitando produtos ultraprocessados e pouco saudáveis.

Logo, ressalta-se que o ambiente em que a criança está inserida exerce um papel fundamental em seu desenvolvimento, tornando essencial fazê-lo seguro e estimulante para que ela possa explorar suas escolhas.

REFERÊNCIAS

- (1) Dantas RR, Silva GAP. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. *Rev. Paul Pediatr.* 2019;37(3):363-371.
- (2) Lopes WC, Pinho L, Caldeira AP, Lessa AC. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2018277.
- (3) World Health Organization. Glossary on right to food. Roma: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2009.
- (4) Souza BFJ, Camargo DFM, Segall-Corrêa AM, Marín-León L, Francisco PMSB. Padrões alimentares e sua relação com a segurança alimentar. *Segur. Aliment. Nutr.* 2022;29:1-14.
- (5) Segall-Corrêa AM et al. Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: Recommendation for a 14-item EBIA. *Rev Nutrição.* 2014;27:241-251.

INSEGURANÇA ALIMENTAR NO ESPÍRITO SANTO

Eduardo Boarato Gonçalves 1

Francis Sodré

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A alimentação é um direito fundante do ser humano. Compreende-se que nada pode degradar mais que a incerteza ou a privação do alimento, quando não há acesso a esse basilar direito humano, muitos outros direitos já foram violados. Segundo a ONU, em 2014 o Brasil saiu do mapa da fome (menos de 5% da população em situação de subalimentação), no entanto, o contexto de crise econômica, política e sanitária (covid-9) somadas à redução dos investimentos em políticas sociais, resultaram no crescimento dos níveis de insegurança alimentar leve, moderado e grave. A desestruturação de ações e políticas públicas de promoção e proteção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) vivida recentemente em nossa história – entre 2016 e 2022 – possibilitaram o ressurgimento da fome como um problema populacional, com maior impacto nas camadas sujeitas à maior vulnerabilidade social, como exposto nos dois inquéritos produzidos pela Rede Penssan (2020 e 2021/2022) (1).

Embora o atual governo federal tenha como meta o combate à fome (2), os impactos negativos ainda são percebidos, já que a fome é estrutural e persistente no Brasil, expressão da questão social oriunda da desigualdade social desencadeada pelo modo de produção capitalista, que mantém uma política que não enfrenta as raízes da desigualdade social.

OBJETIVO

Identificar por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA), a insegurança alimentar e nutricional de famílias referenciadas pelo Programa Sesc Mesa Brasil na Região Metropolitana da Grande Vitória, no estado do Espírito Santo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa social, bibliográfica, documental, com delineamento quantitativo. Para identificar e analisar a insegurança alimentar foram selecionadas 12 instituições sociais referenciadas no SMB Espírito Santo atendidas sistematicamente. Ao todo, 423 pessoas foram entrevistadas, entre janeiro e fevereiro de 2024, cada pessoa representa uma família assistida. Foram selecionadas entidades em todos os municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, contemplando trinta bairros.

Analisou-se a insegurança alimentar e nutricional por meio do perfil socioeconômico das famílias cuja as categorias foram elencadas por terem relação intrínseca à insegurança alimentar e nutricional. Aplicou-se da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), aferiu-se, por meio da

1 Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: eduardoboarato@gmail.com

percepção de cada entrevistado, a vivência de insegurança alimentar e fome no nível domiciliar.

A pesquisa foi realizada por meio de avaliação de dados secundários, portanto, não incluiu o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, com parecer favorável.

RESULTADOS

A partir das 14 questões propostas pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) identificou-se que apenas 9% das famílias referenciadas no SMB estão em Segurança Alimentar. Em insegurança alimentar leve e moderada o percentual em ambas foi de 27%, em insegurança alimentar grave 37%. Somados os percentuais de insegurança alimentar moderada e grave desnudam a realidade investigada, 64% das pessoas estão sob as formas mais severas da insegurança alimentar. Se consideramos ainda que a maioria das pessoas são pardas ou negras autodeclaradas e mulheres, temos

duas dimensões de desigualdade estrutural no Brasil – gênero e raça/cor”, numa análise a partir da perspectiva da interseccionalidade, fica evidenciado que moradores de domicílios chefiados por mulheres negras viviam em situação de mais iniquidade relativa ao acesso aos alimentos, o que ilustra o efeito da intersecção entre a discriminação de gênero e o racismo (Silva et al., 2022). Entretanto, é importante salientar que ser mulher responsável pelo domicílio, independentemente da cor, constitui uma situação de vulnerabilidade em relação ao acesso a alimentos (3).

Em se tratando da população participante dessa pesquisa e das localidades onde foram realizadas, observou-se que mesmo numa Região Metropolitana, com territórios relativamente próximos, a desigualdade e a fome não se apresentam da mesma forma. Ela alcança maciçamente as pessoas mais vulneráveis, pardos/negros e mulheres. Uma triste constatação a partir dos dados coletados nos permite afirmar que grande parte dos respondentes à nossa pesquisa alegaram que só se alimentam quando a complementação alimentar advinda do Sesc Mesa Brasil chega em suas casas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Segurança alimentar e nutricional e a saúde coletiva possuem relação intrínseca. Não há saúde sem alimentação adequada e não há alimentação adequada sem saúde. Cabe também à comunidade da saúde coletiva o comprometimento com as análises, debates e ocupação dos espaços decisórios sobre esse contexto.

Não podemos perder de vista que a alimentação não se resume ao ato de alimentar-se, embora vital, alimentação é multidimensional, engloba cultura, sustentabilidade, condições de acesso, qualidade, é preciso estarmos sensíveis na compreensão do *modus operandi* do sistema produtivo de alimentos, onde alimentos transformam-se em *commodities*, a terra perde sua função social, a agricultura familiar perde espaço para o agronegócio e a indústria alimentícia, ávida pelo lucro, incentivam livremente o consumo de ultraprocessados que assumem o *status* de alimento, e por vezes mais acessíveis – ‘comida’ que não é comida de verdade – onde o alimento não é visto como direito humano.

REFERÊNCIAS

- (1) Rede Penssan. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2022.
- (2) Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Segurança Alimentar e Nutricional. Lula: “Combate à fome é prioridade zero neste país”. Brasília, DF: MDS; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2024/03/lula-201ccombate-a-fome-e-prioridade-zero-neste-pais201d>. Acesso em: 5 abr. 2024.
- (3) Carneiro S. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro; 2011.

INSEGURANÇA PERCEPÇÃO DE ENTIDADES BENEFICIÁRIAS DO SESC MESA BRASIL-ES EM RELAÇÃO À SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Adriely Dias Cozer Campos¹

Rita de Cássia Garcia Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Bancos de alimentos são estruturas físicas e/ou logísticas que ofertam o serviço de captação e/ou recepção e distribuição gratuita de gêneros alimentícios oriundos de doações dos setores privados e/ou públicos e que são direcionados às instituições públicas ou privadas caracterizadas como prestadoras de serviço de assistência social, de proteção e defesa civil, instituições de ensino e unidades de justiça, unidades de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, estabelecimentos de saúde e demais unidades de alimentação e nutrição (1).

O Sesc Mesa Brasil, iniciado em fevereiro de 2003 em âmbito nacional, colabora efetivamente na melhoria da qualidade de vida e na inclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social, agregando valor nutricional às refeições ofertadas pelas entidades sociais (2).

No estado do Espírito Santo, o Sesc Mesa Brasil atua na modalidade de banco de alimentos (BA). Entre as entidades beneficiárias estão serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, creches, abrigos, albergues, instituições de longa permanência para idosos dentre outras, totalizando 145 entidades sociais cadastradas sistematicamente, com abrangência em mais de 22 municípios no estado, beneficiando em média 25 mil pessoas por mês (3).

OBJETIVO

Analisar as percepções das instituições sociais a partir das doações repassadas pelo Banco de Alimentos do Sesc Mesa Brasil ES, em relação a satisfação dos serviços prestados, qualidade e quantidade dos alimentos distribuídos e a contribuição na segurança alimentar e nutricional ao público beneficiado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com entidades sociais cadastradas no Sesc Mesa Brasil - ES. A definição da amostra englobou todas as 145 entidades que retiram doações semanalmente.

Por meio de uma reunião virtual, via plataforma Teams, foi apresentada uma breve explicação dos objetivos e da metodologia para a realização do estudo. Em seguida, a pesquisadora encaminhou o formulário eletrônico para efetivação da coleta de dados.

1 E-mail: adrielycozer2022@gmail.com.

O referido questionário foi elaborado pela autora para realização exclusiva desta pesquisa e nele continham questões objetivas e abertas. Tratando-se, portanto, de um instrumento utilizado para verificar as seguintes variáveis: treinamentos para manipuladores de alimentos, procedência das doações repassadas pelo Mesa Brasil, importância e benefícios das doações para entidade social e para o público beneficiado e variedade, quantidade, qualidade e disponibilidade das doações.

Os sujeitos da pesquisa foram indicados pelas instituições sociais, cujo critério para a inclusão era o de ser o contato direto com a dinâmica de operacionalização das atividades do programa. Os dados foram analisados com apoio de Planilhas do Excel.

RESULTADOS

Houve um retorno de 69 formulários respondidos, representando um percentual de 47,5% de participação.

Ao analisar a frequência de treinamentos realizados com os manipuladores de alimentos, identificou-se que 54% aplicam o treinamento com alguma periodicidade durante o período de um ano e 46% declararam que não há treinamento para recebimento de mercadorias. O responsável pelos os treinamentos a seus manipuladores de alimentos, o Sesc Mesa Brasil - ES foi o mais citado.

Sobre as procedências das doações recebidas, 91% dos manipuladores de alimentos têm a ciência de que estes são fornecidos pelo Mesa Brasil, de forma isolada, e apenas 4% acreditam ser proveniente do desperdício de alimentos.

No que diz respeito a importância das doações repassadas, 100% responderam que consideram importantes, 72,46% e 59,42% das respostas avaliaram que as doações contribuem para complementação da alimentação ofertada ao público assistido, bem como, trata-se de uma parceria com doações regulares.

Segundo as percepções dos entrevistados, foram elencados que são vários os benefícios das doações repassadas para o público assistido, a exemplo, da complementação da alimentação (79,71%), da oferta de alimentos diferenciados (57,97%), das melhorias do hábito alimentar (57,97%), da promoção de saúde (57,97%), da garantia do direito à alimentação do cidadão (57,97%) e entre outros.

Dentre os alimentos mais recebidos pelas entidades sociais, majoritariamente foram mencionados os hortifrutigranjeiros 94,20 % (n=65).

Além disso, 100% dos participantes consideraram que as doações são variadas e 75% apontaram que a quantidade é suficiente. De uma maneira geral, na avaliação da qualidade dos alimentos doados pelo Mesa Brasil- ES, 97% das respostas os alimentos apresentam-se com qualidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os respondentes declararam que as doações repassadas são importantes tanto para a instituição social quanto para o público assistido, pois, proporciona uma oferta de alimentos variados, de boa qualidade e in natura, além de promover a complementação e ao acesso regular a alimentação. Em média o programa atende 25 mil pessoas por mês, distribuídos entre as 145 instituições sociais cadastradas, situadas em municípios cujas características, identificadas cotidianamente pelo nosso fazer profissional, referem-se a territórios de extrema vulnerabilidade social, situações de fome entre outras violações de direitos. A garantia do alimento a essa população perpassa pelo atendimento do Mesa Brasil no Estado, o que torna o trabalho desenvolvido relevante para a garantia do direito humano à alimentação adequada.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Portaria nº 17, de 14 de abril de 2016. Institui a Rede Brasileira de Bancos de Alimentos. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 15 abr. 2016.
- (2) Serviço Social do Comércio. Departamento Nacional. Guia do Programa Mesa Brasil Sesc. Rio de Janeiro: Sesc/DN; 2016.
- (3) Serviço Social do Comércio. Departamento Regional Espírito Santo. Relatório de atividades 2022. Espírito Santo: SESC-ES; 2022.

LA LEY GENERAL DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE EN MÉXICO: ALGUNAS REFLEXIONES EN SUS ETAPAS INICIALES

Laura Verónica Martínez-Cobian ¹

José Alberto Rivera-Márquez

INTRODUCCIÓN

Con las reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos aprobadas en octubre de 2011, se incorporaron al Artículo 4° los Derechos Humanos y Fundamentales, entre ellos, el Derecho Humano a la Alimentación. A partir de esta reforma el Estado mexicano adquiere la obligación de garantizar una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad para todas y todos los mexicanos (1). Sin embargo, tuvieron que pasar catorce años para que se promulgara la ley secundaria que le otorgara un carácter exigible, a través de la Ley General de la Alimentación Saludable y Sostenible. Para que un derecho sea exigible deben cumplirse al menos dos elementos: primero, la existencia de marcos normativos que establezcan mecanismos de protección, defensa y reclamo y, dos, la identificación de un sujeto obligado (2), que en este caso particular es el Estado mexicano. Sin embargo, el reconocimiento de este derecho se vio obstaculizado por un modelo económico neoliberal que, por cuatro décadas, subordinó las políticas sociales al mercado, limitando la acción del Estado como garante de derechos.

OBJETIVO

Reflexionar sobre los avances y desafíos en la implementación del Derecho Humano a la Alimentación en México, con especial énfasis en la promulgación de la Ley General de la Alimentación Saludable y Sostenible.

METODOLOGÍA

A partir de un enfoque de derechos humanos y fundamentales, este trabajo propone una evaluación *ex ante* de la Ley General de la Alimentación Saludable y Sostenible, basada en un análisis biblio-hemerográfico complementado con actores clave involucrados en su concepción, desarrollo e implementación; entre ellos, miembros del Congreso, académicas y académicos y organizaciones de la sociedad civil. Se busca identificar si esta Ley cumple con criterios equidad, de justicia distributiva y responsabilidad del Estado, entre otros, para garantizar el derecho de la población a una alimentación nutritiva y de calidad. Al tratarse de una tesis doctoral en Salud Colectiva en sus fases iniciales, y considerando que la Ley, aunque ya ha entrado en vigor, aún requiere la emisión de su reglamento, la instalación de su Consejo Nacional y otras etapas clave para su plena aplicación en el año 2026, este trabajo no presenta resultados concluyentes.

1 Universidad Autónoma Metropolitana. E-mail: 2243803743@alumnos.xoc.uam.mx

RESULTADOS

En el México neoliberal, las iniciativas legislativas orientadas a mejorar las condiciones de alimentación-nutrición se enfrentaron a resistencias por parte de los grupos de poder económico y político. Hoy, en el marco de la Cuarta Transformación de la Vida Pública en México (4T), el Estado mexicano no sólo tiene la obligación jurídica de implementar la Ley General de la Alimentación Saludable y Sostenible, sino también una deuda histórica con la población.

El panorama epidemiológico de las condiciones de alimentación-nutrición continúa siendo complejo. A los rezagos históricos en materia de desnutrición y síndromes carenciales se suman el aumento de prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a los patrones de consumo de alimentos y una vida sedentaria. Datos de la versión 2022 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición muestran que, entre la población adulta de ambos sexos, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad asciende a 75.0% (3). Por su parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reportó que, en 2022, dos tercios de la población se encontraba en situación de pobreza y cerca de una quinta parte experimentó carencia por acceso a una alimentación nutritiva y de calidad (4).

A pesar de esta situación, México ha logrado avances importantes en materia de Derechos Humanos, particularmente, en el reconocimiento jurídico del derecho a la alimentación. Bajo la 4T, este marco jurídico se articula, por ejemplo, con políticas de apoyo al campo, la prohibición de la venta de alimentos y productos ultraprocesados en escuelas, programas de precios de garantía y, en general, la defensa de la soberanía alimentaria.

CONSIDERACIONES

El derecho a la alimentación en México enfrenta retos históricos económicos, políticos y sociales, derivados de políticas de corte neoliberal. Aunque la promulgación de la Ley General de la Alimentación Saludable y Sostenible representa un avance jurídico significativo, es urgente impulsar políticas públicas transformadoras que reconozcan la determinación social de la alimentación-nutrición. Estas políticas deben privilegiar valores como la universalidad y justicia social, fortaleciendo el desarrollo de capacidades humanas, garantizando una vida con dignidad y consolidando la soberanía alimentaria nacional.

Cuatro décadas de política neoliberal profundizaron las inequidades en salud, alimentación y nutrición. La actual administración federal enfrenta el desafío de coordinar esfuerzos intersectoriales, con la participación de la sociedad, para garantizar que esta Ley cumpla con sus objetivos.

REFERENCIAS

- (1) Rivera-Márquez JA, López-Moreno S, Alfaro G, González-Delgado A. Derecho a la Alimentación en México. In: López-Arellano O, López-Moreno S, editors. Derecho a la salud en México. Ciudad de México, México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2015. p. 111–51.
- (2) Abramovich V, Courtis C. Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales. In: Courtis C, Ávila-Santamaría R, editors. La protección judicial de los derechos sociales 1ra. edición. Quito, Ecuador: Flacso; 2009.
- (3) Campos-Nonato I, Galván-Valencia O, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Barquera S. Prevalence of obesity and associated risk factors in Mexican adults: results of the Ensanut 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65.
- (4) CONEVAL. Internet. 2022 [citado em 2025 Mar 12]. Anexo estadístico de pobreza en México 2022. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2022.aspx

LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACÉUTICO SE. CASO EXITOSO DE POLÍTICA DE ESTADO DE SANTA FE, ARGENTINA, PARA GARANTIZAR EL ACCESO A MEDICAMENTOS COMO BIEN SOCIAL

Gonzalo Tomás Bonaveri¹

Mariano Daniel Cristaldi

Lucía María Ganín

INTRODUCCIÓN

El Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad de Estado (LIF SE) es el laboratorio de producción pública de medicamentos de la provincia de Santa Fe, Argentina. A lo largo de más de 75 años desde su creación, esta institución ha demostrado ser un caso exitoso de política de Estado sostenida, siendo un eslabón fundamental para la creación e instrumentación de políticas de Salud Pública de acceso a medicamentos para la población económicamente más desfavorecida; entendiendo al medicamento como un bien social y un aporte hacia la concreción del Derecho a la Salud en su más amplia concepción.

LIF SE abastece gratuitamente con 49 especialidades medicinales a los 798 efectores que componen el sistema de Salud Pública de la provincia de Santa Fe. Además, el laboratorio provee a otras instituciones públicas de escala provincial y nacional, constituyéndose como un actor importante en la construcción de la Soberanía Sanitaria del país.

LIF SE cuenta con tres plantas de producción de especialidades sólidas y se encuentran en ejecución ampliaciones y nuevas áreas productivas. Esta infraestructura, junto a un moderno equipamiento productivo y analítico, y al incansable esfuerzo de sus más de 140 trabajadores y trabajadoras, hacen que LIF SE produzca y distribuya medicamentos seguros, eficaces y que cumplan con los más altos estándares de calidad del sector farmacéutico.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar el caso del LIF SE de la Provincia de Santa Fe, Argentina, que se constituye como un claro ejemplo de Política de Estado exitosa en materia de Salud Pública, que garantiza a la población el acceso de manera gratuita a medicamentos de calidad para diversos tratamientos.

METODOLOGÍA

A fines de la década de 1940, el gobierno nacional argentino creó la Secretaría de Salud Pública con el Dr. Ramón Carrillo como titular, quien promovió la apertura de Farmacias Hospitalarias como

¹ Trabajador del Laboratorio Industrial Farmacéutico S.E. – Ex Jefe de Planificación, actualmente parte del Área de Ingeniería. Miembro de SiPrUS, Santa Fe, Argentina. E-mail: bonaverigonzalo@gmail.com

una solución a la necesidad de acceso a medicamentos. Para abastecer a estas recientemente creadas Farmacias Hospitalarias, la Provincia de Santa Fe instaló un establecimiento público productor de medicamentos: el Laboratorio Industrial Farmacéutico (1). Pasando por distintas denominaciones y modelos societarios hasta constituirse como Sociedad de Estado en 1999 (2), el LIF SE produce y abastece medicamentos al Sistema Público de Salud provincial. Paralelamente, desde el año 2008, cuando se logró la habilitación nacional por parte de la Administración Nacional de Alimentos y Tecnologías Médicas (ANMAT), la producción del laboratorio comenzó a tener alcance nacional.

Para hablar del LIF SE como una de Política de Estado exitosa en materia de Salud Pública y Soberanía Sanitaria, primero debemos comprender qué se entiende por Política de Estado. Tal como explica Graglia (3), una Política de Estado es una política pública que presenta continuidad temporal a través de diferentes gestiones gubernamentales, más allá de las coincidencias políticas, el consenso intersectorial, la visión estratégica o la planificación a largo plazo.

Así, a lo largo de los años y las gestiones de gobierno provincial, se sostuvo el papel del LIF SE como actor clave del Sistema Público de Salud y del entramado social. Es en esta continuidad donde el rol de las y los trabajadores del laboratorio adquiere su verdadera relevancia, ya que es ese capital humano el que hace posible el sostenimiento y ampliación del acceso al medicamento de producción pública.

En la actualidad, en LIF SE se producen 49 especialidades medicinales pertenecientes a diversos grupos de la Clasificación ATC (4). Como muestra de que la existencia de un laboratorio farmacéutico público garantiza tanto accesibilidad a los medicamentos como Soberanía Sanitaria, se puede destacar las siguientes especialidades producidas por LIF SE:

- Trihexifenidilo Clorhidrato 5mg: medicamento considerado “huérfano” debido a que por su baja demanda no se produce en otros laboratorios del país.
- Misoprostol 200 mcg Comprimidos Vaginales, Misoprostol 200 mcg Comprimidos de Disolución Oral y Mifepristona 200 mg.: especialidades cuya producción pública y distribución gratuita representa una concreta ampliación de derechos para la población. Disponer de producción pública de estas especialidades fortalece la instrumentación de políticas en materia de Salud Reproductiva a nivel provincial y nacional.
- Repelente de insectos DEET 25%: producto clave en la prevención y manejo de enfermedades endémicas como el Dengue, problemática que afecta a la Provincia de Santa Fe y otras regiones de la Argentina y otros países de América Latina.

En la línea de mostrar grados de Soberanía Sanitaria se podría mencionar el rol clave que tuvieron las y los trabajadores del laboratorio durante la pandemia de COVID-19, donde no solo no se interrumpió la producción de medicamentos sino que se hizo especial foco en aquellas especialidades que resultaron efectivas para la prevención y el tratamiento de la enfermedad (Paracetamol 500mg, Alcohol en gel 100mL, 500mL y 1L, entre otras), acelerando el desarrollo de nuevos productos y gestionando la adquisición centralizada (a nivel provincial) de insumos para hacer frente a la emergencia.

Con el objetivo que los medicamentos lleguen de forma gratuita a las y los pacientes que los necesitan, los productos de LIF SE son distribuidos gratuitamente al Sistema Público de Salud de la provincia de Santa Fe, conformado actualmente por 798 efectores públicos que comprenden centros de salud, SAMCOs (Atención Médica de la Comunidad) y hospitales. Además, el laboratorio alcanzó escala nacional a través del abastecimiento a programas nacionales y convenios con instituciones públicas de otras jurisdicciones y niveles de Estado.

CONSIDERACIONES

El Caso del Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad de Estado de la Provincia de Santa Fe, Argentina, es un claro ejemplo de una Política de Estado exitosa en materia de Salud Pública. Esa institución ha trascendido diversos contextos políticos y económicos y en sus más de 75 años se muestra como el fruto de un consenso social duradero. Actualmente, el compromiso de sus más de 140 trabajadoras y trabajadores hace posible esa continuidad temporal en la producción y distribución gratuita de medicamentos eficaces, seguros y de calidad para el tratamiento de diversas patologías, garantizando el acceso a la Salud entendida como un derecho social y humano fundamental.

REFERENCIAS

- (1) Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad de Estado. Nuestra Historia [Internet]. 2025 [citado en abril de 2025]. Disponible en: <https://lifsantafe.com.ar/nosotros/#nuestra-historia>
- (2) Provincia de Santa Fe. Ley N° 11.657/1999. [Internet]. 2025 [citado en abril de 2025]. Disponible en: <https://lifsantafe.com.ar/wp-content/uploads/2022/09/Ley-11657-Laboratorio-Productor-de-Farmacos-Medicinales-su-transformacion-en-Sociedad-del-Estado.pdf>
- (3) Graglia J. Innovación política: 7 llaves para recuperar la confianza perdida. 1.a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Konrad Adenauer Stiftung; 2019.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification [Internet]. 2025 [citado en abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>

LETRAMENTO DIGITAL NO SISTEMA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE - DIGISUS MÓDULO PLANEJAMENTO

Luiz Marques Campelo¹

João Pedro Martins Andrade

Yuri Carvalho Santos

Jamilly Anterio Azevedo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O letramento digital tornou-se uma ferramenta de fundamental relevância, especialmente após a pandemia de COVID-19, embora suas raízes remontem à década de 1990, período em que os computadores e a internet começaram a se popularizar. Esse conceito engloba a capacidade de compreender, utilizar e interagir criticamente com as tecnologias digitais, além de garantir acesso equitativo a essas ferramentas para ampliar as oportunidades de participação social e promover o desenvolvimento. No contexto da saúde pública, o letramento digital adquire um caráter ainda mais importante, pois facilita a implementação de políticas de saúde mais eficientes, democráticas e acessíveis, permitindo uma gestão pública mais eficaz e transparente (1). O DGMP foi regulamentado pela Portaria GM/MS n. 750/ 2019. A partir desse marco regulatório, o DGMP configura-se como uma plataforma digital em constante aperfeiçoamento, cujo objetivo é possibilitar aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios o registro do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como a elaboração e o envio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação do conselho de saúde. O objetivo da oficina é proporcionar ao usuário o conhecimento das funcionalidades do sistema permitindo assim sua utilização efetiva (2).

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo relatar o suporte do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP) da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará (SEMS/CE) oferecido aos gestores e técnicos de planejamento municipal e conselheiros de saúde, para o adequado registro PS, PAS e envio do RAG. O suporte foi por meio das Oficinas práticas, onde buscou-se integrar não apenas a capacitação técnica, mas também a reflexão crítica sobre planejamento em saúde, considerando os desafios cotidianos e as limitações.

METODOLOGIA

As oficinas de capacitação têm como premissa o desenvolvimento de habilidades tecnológicas práticas e, ao mesmo tempo, o fortalecimento do controle social e da participação ativa na gestão da

1 Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará (SEMS/CE). E-mail: luiz.campelo@saude.gov.br

saúde pública. Essas oficinas servem como um modelo importante de treinamento, com potencial para inspirar a implementação de metodologias semelhantes em outras regiões, reforçando a ideia de que a educação digital é essencial para o empoderamento dos profissionais e do controle social e para a melhoria das políticas de saúde. As oficinas foram estruturadas de maneira prática, com simulações do preenchimento de documentos, resolução de problemas em tempo real e esclarecimento de dúvidas, com intuito de capacitar para o uso adequado da ferramenta. Os locais foram suficientes para acomodar de 15 a 20 participantes em computadores individuais. A programação com período didático de 8h: Abertura (30 minutos); Boas-vindas e introdução: Fala de abertura de boas-vindas e apresentação dos participantes; Regras de convivência: Definição de uma dinâmica clara, com horários para pausas e um espaço para perguntas; e Sessões de Treinamento, considerando: 30 minutos de explicação teórica do ciclo de planejamento em saúde (Agenda do gestor e controle social em saúde), 60 minutos de atividade prática, onde os participantes possam navegar nas funcionalidades da plataforma DigiSUS, 120 minutos de atividade prática na aba “Plano de Saúde”, 60 minutos na aba “Programação anual de Saúde”, 120 minutos na aba “Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão” e Encerramento (30 minutos). Ainda foi disponibilizado espaço dialógico para Revisão do conteúdo, resumo das principais lições e práticas do dia e Feedback. A atividade foi promovida em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde (SESA) e com o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE). A oficina foi conduzida por servidores do SEINP/SEMS/CE. Foram incluídos como objetos empíricos os instrumentos de planejamento dos quadriênios 2018-2021 e 2022-2025. As oficinas foram organizadas já nos primeiros cem dias de gestão municipal de saúde, sendo no dia 13 de março de 2025 com a participação de secretários de saúde e técnicos dos municípios de Acopiara, Aratuba, Coreaú, Jucás, Milhã, Moraújo, Mulungu, Quixadá, São Gonçalo do Amarante, Tejuçuoca, Tururu e Umirim. Já em 14 de março, participaram os representantes de Acaraú, Aurora, Boa Viagem, Capistrano, Crateús, Eusébio, Guaramiranga, Ibareta, Icó, Iguatu, Irauçuba, Mombaça, Pacajus, Pindoretama, Quixeramobim e Tarrafas. A abordagem adotada prioriza o aprendizado ativo, permitindo que os participantes vivenciem a prática, manipulem a ferramenta e pratiquem continuamente seu uso. Esse processo de repetição e experimentação é um dos pilares do letramento digital, garantindo que os usuários não apenas conheçam a teoria, mas desenvolvam autonomia e competência na aplicação prática dos recursos tecnológicos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As oficinas respondem para além da necessidade de capacitar. Inicialmente, os participantes relataram dificuldades, sendo reflexo da falta de treinamento contínuo e sistemático e demonstrando, ao final, avanço na compreensão, que revela a eficácia do modelo de capacitação baseado na prática constante e no aprendizado ativo. A abordagem interativa foi essencial para a confiança dos participantes. O ensino baseado na prática mostra a importância de se pensar o letramento digital não como uma habilidade técnica, mas como um elemento de empoderamento. Identificaram-se desafios comuns: a rotatividade de profissionais e a escassez de recursos para capacitação continuada. Estes ressaltam

a importância de ações formativas regulares e da implementação de estratégias de apoio técnico que possam garantir maior autonomia e descolonização. Assim, o letramento digital emerge não apenas como capacitação técnica, mas como fortalecimento da democracia e na ampliação da participação social em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Moreira C. Letramento digital: do conceito à prática. Anais do SIELP. 2012;2(1):1-15.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Manual do usuário: DigiSUS gestor: módulo planejamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.

MÁS ALLÁ DE LA PANDEMIA: DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS HOGARES DEL PERÚ, 2021-2023.

Miguel Armando Zúñiga Olivares¹

INTRODUCCIÓN

El hambre y las crisis alimentarias se ha intensificado a nivel mundial (1,2). En América Latina y el Caribe (ALC), la inseguridad alimentaria moderada o grave (IA) aumentó del 25.1% en 2014-2016 al 31.3% en 2021-2023(2). De los 15 países de ALC con mediciones de IA en 2014-2016, 12 tuvieron un aumento en 2021-2023 (2). En Perú, la IA aumentó del 37.2% al 51.7% en el mismo periodo, posicionándose como el quinto país más afectado de ALC, después de Haití, Guatemala, Honduras y Jamaica (2). Aunque la pandemia aceleró el aumento de la IA por sus efectos económicos y sociales, este problema responde a múltiples determinaciones, como la crisis económica, la crisis ecológica y los conflictos geopolíticos y su repercusión internacional, así como a la estructura de clase social en cada país (1). A cinco años de la pandemia, Perú sigue enfrentando una persistente incapacidad estatal para formular e implementar políticas efectivas de seguridad alimentaria y nutricional (SAN), en un contexto de agudización de la crisis política e inestabilidad institucional (3). A pesar de que la emergencia alimentaria fue declarada de interés nacional y necesidad pública (4), no se oficializó, la reglamentación de leyes de SAN fue tardía u omitida (5,6), y el financiamiento público resultó insuficiente.

OBJETIVO

Analizar los cambios en el nivel de IA y su asociación con determinantes socioeconómicos de los hogares en Perú en 2021 y 2023.

METODOLOGÍA

La metodología de trabajo se inscribe en la investigación-acción participativa (4) en tanto el proyecto fue desarrollado por un equipo conformado por dirigentes y representantes gremiales de CICOP con el apoyo de investigadoras de la UNLP. Para desarrollar el relevamiento se construyó una encuesta colectiva sobre CyMAT. La encuesta tuvo como base otros cuestionarios sobre la temática que fueron adaptados para captar las especificidades en salud. El cuestionario se organizó a partir de 6 ejes temáticos que operacionalizan dimensiones de las CYMAT. Cada sección contiene preguntas cerradas y abiertas.

La aplicación del cuestionario estuvo a cargo de responsables de CICOP en los distintos servicios, quienes dialogaron con los/as trabajadores/as. Posteriormente, y a partir de esas instancias,

1 Universidade de São Paulo. E-mail: mzunigao@alumni.usp.br

los representantes sistematizaron las respuestas y completaron la encuesta, en tanto las percepciones de los representantes sindicales expresan una síntesis del intercambio. Estas decisiones metodológicas se orientaron a construir e impulsar una herramienta colectiva para fomentar el debate y la elaboración de un diagnóstico conjunto entre los/as trabajadores del servicio y sus representantes.

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de octubre de 2024 y enero de 2025. Se obtuvieron 189 respuestas; participaron 24 efectores y 66 servicios.

RESULTADOS

En 2021 y 2023, la IA afectó al 51% (IC: 49.1-52.9) y 51.6% (49.6-53.6) de la población, respectivamente ($p = 0.6659$). El consumo deficiente de alimentos aumentó del 19.2% al 25.2% ($p = 0.000$); la vulnerabilidad económica disminuyó del 48% al 45% ($p = 0.0313$); y la adopción de dos o más estrategias de afrontamiento afectó al 61.6% y 62.5% ($p = 0.4849$). En 17 de los 24 departamentos aumentó la IA, siendo significativo solo en 1 (Puno). En 21 departamentos aumentó el consumo deficiente de alimentos, siendo significativo en 6 (Tacna, Loreto, Puno, Lima Metropolitana, Ucayali y Moquegua); en 10 departamentos aumentó la vulnerabilidad económica, siendo significativo solo en 1 (Puno); y en 13 departamentos aumentó la adopción de dos o más estrategias de afrontamiento, siendo significativa solo en 1 (Ucayali). En 2021 y 2023, los determinantes socioeconómicos asociados a un mayor de riesgo de IA fueron residir en un área rural (OR 1.2; IC95%: 1.1-1.4 y OR 1.5; IC95%: 1.3-1.7, respectivamente), que el jefe de hogar tuviera lengua nativa (OR 1.8; IC95%: 1.5-2.1 y OR 1.3; IC95%: 1.1-1.5, respectivamente) y la presencia de niños en el hogar (OR 1.4; IC95%: 1.2-1.6 y OR 1.2; IC95%: 1.1-1.4, respectivamente). En 2023, además, que el jefe de hogar fuera mujer se asoció con un mayor riesgo de IA (OR 1.3; IC95%: 1.1-1.4). En contraste, un mayor nivel educativo del jefe de hogar se asoció a un menor riesgo de IA en ambos años (superior universitaria [OR 0.2; IC95%: 0.2-0.3 y OR 0.2; IC95%: 0.1-0.2, respectivamente]).

CONSIDERACIONES

Contrario a los objetivos de las políticas de SAN, la IA no se ha reducido tras la pandemia. Por el contrario, es probable que la IA se agrave y siga afectando diferencialmente a los hogares más vulnerables. Esto se debe a la fragilidad del sistema agroalimentario (9) y el deterioro de la situación económica y social del país, evidenciado en el aumento de la pobreza, la inflación en alimentos y energía y el costo de una dieta saludable (2,10,11). Esta situación se enmarca en un contexto de aumento mundial de la IA, impulsado por los efectos de la policrisis del capital sobre los sistemas agroalimentarios (1,2,12). En ALC, la situación se agrava por el dominio del agronegocio de exportación, que transforma los alimentos en commodities gestionados dentro de la cadena agroalimentaria global (13), relegando a la región al rol de “granero del mundo”. Para erradicar el hambre, se requiere invertir principalmente en agricultura familiar, prácticas agrícolas resilientes al cambio climático, programas de protección social e infraestructura rural (14). El derecho a la alimentación exige repolitizar el debate sobre la

alimentación, recuperar la soberanía alimentaria y reconstruir sistemas agroalimentarios saludables, equitativos, sostenibles y resilientes.

REFERENCIAS

- (1) Food and Agriculture Organization. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2024 [Internet]. 2024. Doi: 10.4060/cd1254es
- (2) Food Security Information Network. Global Report on Food Crises 2024 [Internet]. 2024. Disponible em: <https://www.fightfoodcrises.net/report/global-report-food-crises-2024>.
- (3) Lynch N. Perú en crisis: la difícil búsqueda de su destino. Notes Internacionales CIDOB [Internet]. 2023;(287):1-6. DOI: 10.24241/NotesInt.2023/287/es
- (4) Perú. Ley 31360. Ley que declara de interés nacional y necesidad pública la emergencia alimentaria a nivel nacional [...] [Internet]. Diario Oficial El Peruano. 2021.
- (5) Perú. Ley 31315. Ley de seguridad alimentaria y nutricional [Internet]. Diario Oficial El Peruano. 2021.
- (6) Perú. Ley 31477. Ley que promueve acciones para la recuperación de alimentos [Internet]. Diario Oficial El Peruano. 2022.
- (7) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Perú: Evaluación de la seguridad alimentaria ante emergencias, 2023 [Internet]. 2024.
- (8) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Perú: Evaluación de la seguridad alimentaria ante emergencias, 2021 [Internet]. 2022.
- (9) Zegarra-Méndez E, Vásquez-Flores Y. Agricultura familiar en tiempos de crisis en Perú: diagnósticos y recomendaciones [Internet]. Lima: OXFAM; 2023. Disponible em: <https://oi-files-cng-v2-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/peru.oxfam.org/s3fs-public/Agricultura-familiar-en-tiempos-de-crisis-en-Peru.pdf>
- (10) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Evolución de la pobreza monetaria 2014-2023 [Internet]. 2024. Disponible em: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5558423-peru-evolucion-de-la-pobreza-monetaria-2014-2023>
- (11) Banco Central de Reserva del Perú. Índice de precios al consumidor por alimentos y energía [Internet]. 2024.
- (12) Scientia M, Altieri MÁ, Nicholls CI, Abierto A. Agroecología, policrisis global y transformación de sistemas alimentarios. Magna Scientia UCEVA [Internet]. 2023;3(1):125-31. DOI: 10.54502/msuceva.v3n1a12
- (13) Guerra LDS, Carnut L. O capitalismo também mata pela boca: alimentação e crítica marxista. Desafios contemporâneos para a luta contra a fome [Internet]. Crítica Revolucionária. 2023;1:e02. DOI: 10.14295/2764-4979-RC_CR.v1-e002
- (14) Velásquez A. Desafíos y soluciones ante el aumento de la pobreza y la inseguridad alimentaria. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2024;85(2):121-3. DOI: 10.15381/anales.v85i2.28428

MONITOREO DE AIRE EN HOGARES CON COCINA A LEÑA PARA PREVENIR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN PERÚ

Guisela Purca Gutierrez¹

Luis Nahum Herrera Berrocal

Brenda Ruth Soto Huamani

Marisol Ponce Diaz

Ariana Grisel Jesus Trucios

Yuliana Sarai Antezana Gamboa

Ronald Paucar Curasma

INTRODUCCIÓN

La contaminación del aire, especialmente por el uso de leña en cocinas de espacios cerrados, es un grave problema de salud pública y medioambiental, provocando enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer (1,2). El Índice de Calidad del Aire (ICA) se utiliza para medir los niveles de contaminantes en áreas específicas, y esta problemática afecta principalmente a comunidades que dependen de combustibles sólidos, responsables de 3.2 millones de muertes anuales (3). En el distrito de Andaymarca, la quema de leña en espacios cerrados produce contaminantes como monóxido de carbono, benceno y formaldehído, los cuales afecta especialmente a mujeres y niños, ya que suelen permanecer más tiempo en el hogar. Este estudio presenta un proyecto de monitoreo de la calidad del aire utilizando la tarjeta electrónica Pachamama con el sensor MQ-135 para detectar estos contaminantes (4). Además, se desarrolló una aplicación para monitorear la calidad del aire en hogares con cocinas a leña, con el fin de prevenir enfermedades y mejorar la salud comunitaria.

OBJETIVO

Desarrollar una aplicación para el monitoreo de la calidad del aire en hogares con cocinas a leña, con la finalidad prevenir problemas respiratorios en los pobladores de las zonas rurales de Perú.

METODOLOGÍA

El trabajo se desarrolló siguiendo una metodología de cuatro fases: comprensión del problema, elaboración de actividades, ejecución de actividades y evaluación de la solución. En la fase de comprensión, se investigó la calidad del aire consultando fuentes académicas para analizar la relación causa-efecto. En la fase de elaboración, se propusieron actividades como identificar la contaminación en Andaymarca, diseñar un circuito con la tarjeta Pachamama y el sensor MQ-135, obtener parámetros del ICA, desarrollar una aplicación de monitoreo con mBlock y construir una maqueta para medir la calidad del aire. En la fase de ejecución, se implementó el circuito y se definieron los parámetros del ICA, además de desarrollar un sistema

1 Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja Daniel Hernández Morillo, Perú. E-mail: 71376088@unat.edu.pe

de toma de decisiones que mostraba la calidad del aire mediante un indicador visual. Finalmente, en la fase de revisión, se probaron los módulos de forma individual, se construyó una maqueta para realizar pruebas integrales y se evaluaron los componentes por separado si surgían problemas.

RESULTADOS

Se desarrolló una aplicación en mBlock que interactúa con sensores de calidad del aire para monitorear el Índice de Calidad del Aire (ICA) en viviendas donde se cocina con leña. Además, se construyó una maqueta representativa de una cocina típica de Andaymarca, lo que permitió medir los niveles de ICA en PPM (Partes Por Millón). Los resultados obtenidos se categorizan en seis niveles: 0-600 ppm (sin riesgos para la salud), 600-700 ppm (molestias leves en grupos sensibles), 700-800 ppm (fatiga, dolor de cabeza y confusión), 800-900 ppm (bronquitis aguda e inflamación pulmonar), 900-1100 ppm (accidentes cerebrovasculares y daño alveolar), y más de 1100 ppm (neumonía, infartos y cáncer de pulmón con exposición prolongada).

CONSIDERACIONES

La tarjeta Pachamama y el sensor MQ135 son herramientas fundamentales para monitorear la calidad del aire en el distrito de Andaymarca, permitiendo medir con precisión los índices de calidad del aire y detectar riesgos ambientales a tiempo. Esto es crucial para prevenir enfermedades respiratorias asociadas a la contaminación del aire. Además, el uso del software mBlock se destaca como una herramienta pedagógica eficaz, especialmente para estudiantes de pregrado, ya que facilita el aprendizaje y la resolución de problemas en contextos locales. La combinación de la tarjeta educativa Pachamama con sensores crea una plataforma electrónica intuitiva y versátil, ideal para desarrollar proyectos tecnológicos enfocados en la salud. De este modo, se fomenta el desarrollo de competencias tecnológicas desde las primeras etapas de formación universitaria, impulsando un enfoque práctico e innovador que prepara a los estudiantes para enfrentar desafíos reales en sus futuras carreras profesionales.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire ambiente (exterior) y salud [Internet]. 2024 [citado em 19 de maio de 2025]. Disponível em: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
- (2) Grupo Banco Mundial. Lo que hay que saber sobre el cambio climático y la contaminación atmosférica [Internet]. 2022 [citado em 19 de maio de 2025]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2022/09/01/what-you-need-to-know-about-climate-change-and-air-pollution>
- (3) Kunak Sensing Anywhere. Índice de calidad del aire: un factor vital para nuestra salud [Internet]. 2024 [citado em 19 de maio de 2025]. Disponible en: <https://kunakair.com/es/indice-de-calidad-del-aire>
- (4) Martínez E. Sistema de monitoreo para la calidad de aire ambiente de la ciudad de Ambato utilizando drones. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2024.

MOVIMENTOS SOCIAIS E REPERTÓRIOS DE AÇÃO: (RE)CRIANDO ENQUADRAMENTOS SOBRE A SEGURANÇA E SOBERANIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Lucas Barbi¹
Solimar Rocha
Ícaro Araújo
Elis Borde

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais (MS) são definidos como coalizões de atores que interagem de forma contínua com atores estatais e não-estatais (1). A sua atuação é relevante na sustentação e melhoria das políticas públicas existentes, como também por meio da reivindicação de ações estruturais, criando novos enquadramentos. No contexto específico da segurança alimentar e nutricional (SAN), além de politizar a fome e propor abordagens e conceitos alternativos às narrativas tecnicistas sobre o tema, os MS têm levantado questionamentos por meio de intervenções diretas, como as cozinhas solidárias. Essas iniciativas surgem em resposta à inação do Estado e são articuladas em conjunto com outros atores institucionais, como representantes legislativos, membros de conselhos e gestores públicos (2).

Nesse sentido, considera-se que as interações socioestatais e as ações contra-hegemônicas dos movimentos sociais configuram arenas públicas onde são concebidos novos enquadramentos e soluções para a SAN. Essas dinâmicas tensionam, sustentam e/ou ampliam as políticas públicas desse campo, tornando os MS agentes de uma promoção emancipatória da saúde e neste caso específico, promotores da segurança e, principalmente, da soberania alimentar (3).

OBJETIVO

Este trabalho pretende discutir a relevância dos repertórios de ação dos movimentos sociais na identificação e criação de novos enquadramentos e horizontes para as políticas públicas de SAN.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão teórica sobre o papel dos repertórios de ação dos MS na promoção da segurança e soberania alimentar. Assim, se pretende entender como as ações dos MS influenciam na criação de novas compreensões sobre a SAN, por meio de ações de protesto, de articulação com outros atores sociais e a formulação e execução de políticas públicas.

1 Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: lucbarbi@gmail.com

RESULTADOS

Repertórios de ação são rotinas aprendidas e escolhidas de forma estratégica. A escolha das ações dos repertórios se dão de forma relacional, onde há no mínimo um ator que reivindica e outro que é objeto da reivindicação. Nesse sentido, os repertórios dependem tanto da cultura, quanto da estrutura de oportunidades políticas (4). Estes remetem ao conjunto de ações disponíveis, moldadas pelas instituições e conjunturas políticas, e ao grau de abertura do regime político. Assim, os repertórios dizem respeito a como as ações e os próprios MS se constituem em relação ao Estado (2).

É possível distinguir duas abordagens teóricas para compreender a relação entre os repertórios de ação e os possíveis enquadramentos da SAN. A primeira é o institucionalismo histórico, que parte dos MS como atores políticos e analisa sua institucionalização e sua influência na formulação e implementação de políticas públicas (4). A segunda escola teórica se refere à sociologia pragmática, que se volta à análise do processo de publicização, em que uma situação é definida como um problema, o processo de articulação de diversos atores, e como essas dinâmicas redefinem as possibilidades de ação (5).

Os repertórios de ação dos MS compõem uma ecologia da experiência pública na qual diferentes estratégias são mobilizadas para tornar visíveis problemas e possíveis formas de intervenção. A mobilização dessas estratégias é acompanhada por uma reflexão crítica sobre os sentidos e as potencialidades da ação local e política, se apresentando como esforços no sentido da promoção emancipatória da saúde, como apontam Freitas e Porto (3), reenquadrando a SAN como uma questão de autonomia dos sujeitos políticos, onde a alimentação é uma questão de soberania.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Historicamente, a análise dos MS têm ocupado um lugar marginal na Saúde Pública (6), exceto pelos trabalhos da Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-americana desde os anos 1970, que reconhecem os MS como catalisadores de transformações estruturais e um “processo protetor” na determinação social da saúde-doença. Este trabalho busca compreender a influência desses atores nas políticas públicas e na pesquisa sobre soberania e segurança alimentar.

A análise dos MS na SAN revela dois sentidos: o primeiro envolve seus repertórios como formas de institucionalização, como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), criando uma interface entre o campo por meio da distribuição de alimentos nas cidades. O segundo refere-se à ampliação do escopo das políticas públicas, como a criação das cozinhas solidárias pelo Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), que introduzem novas abordagens para o tema.

REFERÊNCIAS

- (1) Tilly C. Social movements, 1768-2004. Boulder: Paradigm Publishers; 2004.
- (2) Pires R, Lotta G, Oliveira VE. Movimentos sociais e políticas públicas: ideias e experiências na construção de modelos alternativos. In: Burocracia e políticas públicas no Brasil: Interseções analíticas. Brasília, DF: Enap; 2018, p. 105-138.
- (3) Freitas JD, Porto MF. Por uma epistemologia emancipatória de promoção da saúde. Trab Educ E Saúde. 2011;9:179-200.
- (4) Tilly C. Regimes and repertoires. Chicago: University of Chicago press; 2006.
- (5) Cefaï D. Problemas públicos, arenas públicas: o que nos ensina o pragmatismo (parte I). Novos Estud - Cebrap. 2017;36:187-213.
- (6) Stotz EN. Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. Cad Saúde Pública. 1994;10:264-268.

O QUE SIGNIFICA ESCOLHER QUANDO SE É MULHER E NEGRA?

DIREITOS REPRODUTIVOS EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

Hevelyn Rosa ¹

Cristiane da Silva Cabral

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O direito à autonomia e à autodeterminação reprodutiva integra a luta de mulheres no Brasil desde meados da década de 1970. No cenário internacional, o principal marco referencial reside na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada pela Organização das Nações Unidas, no Cairo, em 1994, onde se cunhou o termo “direitos reprodutivos” no âmbito dos direitos humanos e ficou estabelecido que a coerção, os incentivos ou desestímulos a se reproduzir ou não são contrários aos princípios dos direitos. O direito de ter ou não ter filhos e quando tê-los mantêm-se como uma das principais agendas nos movimentos sociais de mulheres e feministas até hoje. Em muitos contextos, essa luta é também traduzida como o direito de decidir. É justamente neste debate que as críticas oriundas do ativismo de mulheres negras iluminam o caráter profundamente coletivo das condições de exercer com mais ou menos segurança e dignidade os direitos reprodutivos. Com isso, destaca-se o papel central das condições sociais de vida para as trajetórias reprodutivas, uma vez que estas são permeadas por questões de raça, gênero, classe, entre outras categorias de diferenciação social (1,2).

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa consiste em sistematizar e visibilizar trajetórias de atuação de mulheres negras ativistas na interface entre movimentos sociais e Estado na luta por direitos à saúde, em especial direitos reprodutivos.

METODOLOGIA

Elaborada por meio de uma composição entre entrevistas individuais e análise documental de perspectiva antropológica (3), a pesquisa busca recuperar e analisar narrativas de mulheres negras militantes em conjunto com documentos de movimentos sociais e de políticas públicas de saúde da mulher. As interlocutoras da pesquisa são mulheres negras cuja trajetória de ativismo pelos direitos das mulheres remonta à década de 1980, tendo participado de processos de debate e elaboração de políticas de saúde da mulher, especialmente no âmbito federal brasileiro.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (nº 78803024.9.0000.5421) e é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (nº 2023/13347-0).

1 Universidade de São Paulo. E-mail: hevelynconceicao@gmail.com

RESULTADOS

Resultados parciais da pesquisa apontam uma perspectiva crítica acerca do conceito de direitos reprodutivos na área da saúde. As entrevistas e a pesquisa documental demonstram a presença marcante de uma compreensão segundo a qual as decisões reprodutivas tomadas por mulheres são indissociáveis do contexto social e político no qual estão inseridas. Sendo, nesse contexto, o racismo e a desigualdade de gênero apontados como fatores determinantes. Uma das entrevistadas relata: “Para você tomar decisões sobre a sua trajetória reprodutiva, você precisa de muitos elementos. E para mulheres que não têm tantos recursos materiais e imateriais, tomar decisões nunca vai estar da ordem do individual, por mais que isso seja apresentado como tal”. Sobre isso, Edna Roland (4) questiona: “O que significa o direito a escolher quando não se tem poder para determinar as condições sociais em que a escolha é feita?”. Para ela, as mulheres fazem suas escolhas reprodutivas em diálogo com uma série de limitações que lhes é imposta. Por isso, mais do que concentrarmos na ideia de escolha em si, é urgente transformar as condições sociais que moldam as decisões relacionadas à reprodução. Com isso, observa-se que reconhecer a existência de relações sociais, econômicas e culturais racistas e machistas torna-se essencial para compreender trajetórias reprodutivas de mulheres negras e atuar na ampliação e garantia de direitos reprodutivos (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa possibilita analisar a articulação entre raça e gênero em torno do debate sobre direitos reprodutivos das mulheres. O mapeamento das tensões e críticas concernentes a uma acepção mais individualista da noção de direitos reprodutivos oferece uma mirada capaz de abarcar uma perspectiva histórica e politicamente situada que possa colocar-se de modo mais sensível à pluralidade das mulheres. Em um contexto no qual tais direitos têm sido sistematicamente atacados e vilipendiados, trata-se de um esforço de compreender as trajetórias de luta no ativismo de mulheres negras.

REFERÊNCIAS

- (1) Carneiro S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar; 2023.
- (2) Xavier L. Superar o racismo também é um problema de saúde pública. In: Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Saúde e direitos humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- (3) Vianna A. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: Castilho S, Souza Lima A, Teixeira C. Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2014. p. 43-70.
- (4) Roland E. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. Rev. Estud. Fem. 1995;3(2):506-514.
- (5) Lopes F. Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. *Organicom*. 2022;19(40):216-227.

OCORRÊNCIA DE PESTICIDAS EM ÁGUA E SEDIMENTOS DA BACIA HIDROGRÁFICA DO RIO IJUÍ E OS POSSÍVEIS IMPACTOS À SAÚDE

Rafaela Roberta Morelato ¹

Caio Mizuto Fukui

Magno Lange Albuquerque

Maria Eugênia da Costa Machado

Pedro Henrique de Barcelos Lavareda

Fernando Rodrigues-Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A contaminação por agrotóxicos em águas superficiais torna-se um problema no contexto global, especialmente em países com elevada produção agrícola como o Brasil, pois, esses contaminantes são altamente móveis, podendo chegar aos cursos d'água por meio do descarte e lavagem incorreta das embalagens, lixiviação, erosão dos solos contaminados ou escoamento superficial (1). A depender da característica físico-química dos agrotóxicos eles podem ficar dissolvidos na água (compostos polares) ou acumular nos sedimentos de fundo e em suspensão (compostos apolares) (2).

A Política Nacional de Recursos Hídricos aponta que o gerenciamento dos recursos hídricos deve ocorrer sob a perspectiva dos usos múltiplos das águas. Nesse contexto, o mesmo corpo hídrico utilizado para receber o despejo de efluentes tratados pode ser utilizado para captação de água superficial visando o abastecimento público. Os processos convencionais de tratamento de água não são capazes de remover os agrotóxicos da água, tendo sido reportado a presença destes compostos em água potável (3). A exposição prolongada desses contaminantes apresentam efeitos prejudiciais aos seres humanos, podendo causar graves problemas de saúde, como câncer, infertilidade, malformações congênitas, alterações cromossômicas, Parkinson, Alzheimer, distúrbios neurológicos entre outros (4).

OBJETIVO

Analisar a qualidade da água e sedimento da Bacia Hidrográfica do Rio Ijuí, em 12 pontos de coleta, localizados em sete cidades da região das missões do estado do Rio Grande do Sul, em dois períodos do ano. Ainda, comparar os resultados dos compostos detectados com índices de bioacumulação e biomagnificação entre as cadeias tróficas e os possíveis impactos à saúde.

METODOLOGIA

Foram determinados 24 agrotóxicos em águas superficiais e 19 agrotóxicos em sedimentos da Bacia Hidrográfica do Rio Ijuí. Nas amostras de água foram medidos os parâmetros físico-químicos

1

Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: rafaelamorelato@gmail.com

condutividade elétrica ($\mu\text{S cm}^{-1}$), cor aparente (Hz), potencial hidrogeniônico, temperatura ($^{\circ}\text{C}$), turbidez (UNT), nitrato (mg L^{-1}) e microbiológico, coliformes termotolerantes (NMP mL^{-1}). Foram escolhidos 12 pontos de coleta, contabilizando 7 cidades com grandes vertentes agrícolas como soja, trigo e milho, sendo que a economia dos Municípios das Missões é baseada na exploração da agricultura e pecuária, apresentando desenvolvimento na expansão e mecanização das lavouras.

RESULTADOS

Os parâmetros físico-químicos das amostras de água estiveram dentro dos limites estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA) nº 357 de 2005, ou não apresentaram Valores Máximos Permitidos (VMP) definidos. A análise microbiológica revelou ausência de contaminação por coliformes termotolerantes, indicando, nos pontos avaliados, conformidade com a legislação vigente. Embora agrotóxicos como glifosato, atrazina e 2,4-D, que são amplamente utilizados nas culturas locais, tenham sido detectados em água superficial, suas concentrações ficaram abaixo do limite de quantificação do método analítico (LQ, $< 5 \mu\text{g L}^{-1}$).

Contudo, no sedimento, três substâncias foram quantificadas: imazapique ($0,0205\text{--}0,057 \mu\text{g kg}^{-1}$), metsulfuron-metílico ($0,131\text{--}0,186 \mu\text{g kg}^{-1}$) e bentazona ($0,13 \mu\text{g kg}^{-1}$). Esses compostos pertencem à Classe III (produto perigoso ao meio ambiente, IBAMA), com características de mobilidade no solo e potencial biodisponibilidade aquática. Destaca-se que o imazapique é genotóxico, com risco de mutações e danos ao DNA. A presença desses herbicidas em sedimentos levanta preocupações sobre a bioacumulação e biomagnificação na cadeia trófica aquática, especialmente considerando que parte do abastecimento regional se dá por águas superficiais. A exposição crônica da população a resíduos de agrotóxicos, ainda que em concentrações vestigiais, representa risco à saúde pública, podendo contribuir para diversas alterações congênitas e doenças (4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Nas águas superficiais, os 24 compostos analisados apresentaram-se abaixo do LQ nas estações de primavera e verão, possivelmente influenciados pelas chuvas e pelo regime hidrológico local. Porém, observou-se a persistência de princípios ativos amplamente utilizados na cultura da soja, o que levanta preocupações quanto à exposição crônica do ecossistema e população. No sedimento, embora nenhum composto tenha sido quantificado acima do LQ na primavera, no verão foram identificadas concentrações mensuráveis de bentazona, imazapique e metsulfuron-metílico, sugerindo acúmulo e potencial liberação ao longo do tempo. A recorrência dessas substâncias entre as estações e matrizes indica influência direta das práticas agrícolas sobre a qualidade ambiental da bacia. Diante do risco potencial à saúde humana, especialmente em populações expostas ao uso de águas superficiais para abastecimento ou lazer, reforça-se a necessidade de ações integradas de monitoramento, controle e regulação.

REFERÊNCIAS

- (1) Goulart AC, Goulart SM, Faria AM. Environmental mobility and potential contamination of water resources with pesticides in the Ribeirão Santa Maria sub-basin, Brazil. *Rev. Contrib. a las Cienc. Soc.* 2025; 18(3):01-24.
- (2) Peris A, Barbieri MV, Postigo C, Rambla-Alegre M, López de Alda M, Eljarrat E. Pesticides in sediments of the Ebro River Delta cultivated area: occurrence and risk assessment for aquatic organisms. *Environ. Poll.* 2022; 305:119239.
- (3) Marson EO, Paniagua CES, Gomes O, Gonçalves BR, Silva VM, Ricardo IA, Starling MC, Amorim CC, Trovó AG. A review toward contaminants of emerging concern in Brazil: Occurrence, impact and their degradation in aquatic matrices. *Sci. Total Environ.* 2022; 836:155605.
- (4) Shekhar C, Khosya R, Thakur K, Mahajan D, Kumar R, Kumar S, Sharma AK. A systematic review of pesticide exposure, associated risks, and long-term human health impacts. *Toxicol. Rep.* 2024; 13:101840.

PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA: O USO DO DSM COMO APARELHO DE LEGITIMAÇÃO COLONIAL

Carlos Henrique Sutério de Carvalho¹

João Rafael Santos de Jesus Freitas

Matheus da Silva e Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A proposta de criação do livro Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), o tão debatido manual dentro do campo psi, é a de catalogar os chamados distúrbios mentais concomitantemente a busca do desenvolvimento da psiquiatria moderna no decorrer da segunda metade do século XX. O manual surge, então, com o esforço da Associação Psiquiátrica Americana (APA) em meados do século XX, de sintetizar os resultados clínicos no que tange os transtornos mentais do período (1).

No entanto, cabe ressaltar que a avaliação desses transtornos mentais é realizada em um consenso da dualidade normal-patológico, definido a partir da natureza desviante de determinados comportamentos dos indivíduos transtornados. Seguindo essa compreensão, Berrios define a psiquiatria como um: “conjunto de narrativas desenvolvidas (principalmente por sociedades ocidentais) para configurar, explicar e lidar com fenômenos comportamentais, os quais, com base em critérios sociais, mais do que neurobiológicos, foram definidos como desvios” (2).

Com isso, é possível analisar a problemática contemporânea da patologização da vida através dos fundamentos que norteiam a lógica diagnóstica, uma vez que ela se mostra baseada em relações pró-coloniais e em compreensões simplistas do adoecimento psíquico (3,4).

OBJETIVO

O presente estudo surge a partir da lacuna que se abre ao falar em soberania intelectual a partir dos debates sobre a patologização da vida, refletindo na necessidade de abordar sobre a natureza dos manuais diagnósticos contemporâneos e como seu uso é fundamentado em uma ótica colonial. Nesse sentido, têm-se como objetivo traçar um panorama histórico sobre o DSM, de forma a trazer à tona suas insuficiências ao relacioná-las à atual hegemonia diagnóstica como aparelho de legitimação colonial.

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi construída a partir da metodologia de um estudo bibliográfico de caráter exploratório no que tange sua respectiva temática, uma vez que a literatura contemporânea ainda carece de análises sobre a normatização dos diagnósticos e a patologização da vida a partir da visão

1 Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: hsuteriou@aluno.ufrb.edu.br.

marxista e anti-imperialista que o atual estudo se refere. Baseado nesses princípios, é utilizado como embasamento as críticas feitas a utilização das concepções ocidentais hegemônicas sobre as desordens mentais e a sua aplicação em contextos de atuação com povos originários concomitantemente com o estofo teórico-epistemológico da compreensão de adoecimento psíquico a margem da psicologia marxista (3,6). Tal arcabouço demonstra-se qualitativamente fértil ao considerar direcionamentos que guiaram a produção do estudo, uma vez que, diferentemente das concepções ocidentais hegemônicas, é dada a devida atenção a materialidade dos diagnósticos e em como estes apresentam-se em sua determinada historicidade, não visualizando as patologias apenas de forma descritivas e aparentes, mas buscando uma compreensão complexa acerca da constituição do transtorno no sujeito.

RESULTADOS

Já nas primeiras edições do DSM a possibilidade de questionamentos acerca de como a prática da categorização patológica sobrevoa o perigo da universalização, e, caso aplicada em contextos específicos, pode se mostrar limitante perante as diferentes concepções de transtornos mentais ao redor do globo (3).

A ruptura com os conceitos psicanalíticos a partir do DSM 3, e o casamento com o movimento da medicina baseada em evidências, tem como base movimentos sociais progressistas, que representam um marco a favor da proposta de categorizar objetivamente os transtornos mentais. Com isso, há o avanço, enfatizado no decorrer das edições 4 e 5 do DSM, das classificações objetivas concomitantemente aos instrumentos diagnósticos propostos aos transtornos mentais catalogados (1,5).

Mas esses, por sua vez, se estruturam com base na concepção ou modelo hegemônico do ser humano como ser biopsicossocial. Esse modo de pensar supera o modelo puramente biológico, mas não por muito, não sendo suficiente para penetrar na essência da formação do psiquismo humano e dos comportamentos culturalmente complexos, mantendo-se no nível da aparência dos fenômenos. A base epistemológica e metodológica que se edifica sobre essa concepção não pode dar conta da compreensão dos fenômenos patológicos em seu verdadeiro processo genético-causal. Constantemente atribuindo a categorias políticas, culturais e sociais a categorização de patologias (4).

O paradigma biopsicossocial falha na compreensão do sujeito não propriamente na separação e identificação desses níveis, mas — como em toda a psicologia lógico-formal, não dialética, ou atomística — nas relações entre eles, que se encontram, nessa, sempre abstratas (6,7).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante do exposto, torna-se imprescindível reafirmar o compromisso e as questões que norteiam o presente estudo. A ausência de uma análise crítica perante a utilização do DSM em diferentes instâncias e realidades sociais refletem uma pragmaticidade cega e fundamentada em uma área psi a-política que “fazem o jogo dos poderosos ao submeterem indesejáveis ou desnecessários ao capital e justificarem as várias formas de inclusão social marginal” (7). Assim, somente a partir de um olhar decolonial perante

os fundamentos teórico-metodológicos que guiam os manuais diagnósticos contemporâneos, podem ser realizados debates a respeito de questões como a medicalização da vida, a dependência intelectual latina-americana e sobre as diferentes áreas que ainda sofrem dos males do racismo científico.

REFERÊNCIAS

- (1) Martinhago F, Caponi S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis*. 2019;29:e290213
- (2) Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- (3) Wada K, Fellner KD. *Decolonizing Psychiatric Diagnosis: Turning the*. 2025.
- (4) Silva MAS. *Compreensão do adoecimento psíquico: de L. S. Vigotski à Patopsicologia Experimental de Bluma V. Zeigarnik [dissertação]*. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2014.
- (5) Dunker CIL. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*. 2014
- (6) Leontiev AN. *Atividade, consciência e personalidade*. Bauru: Editora Mireveja; 2021.
- (7) Patto MS. *Exercícios de indignação: escritos de esquerda sobre educação, psicologia e política*. São Paulo: Editora Alameda; 2018.

PRECISÕES E INCERTEZAS TECNOLÓGICAS NA RADIOLOGIA: IMPACTOS, DESAFIOS E SOBERANIA NA SAÚDE

Virgilio Magalde de Az¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A radiologia tem sido profundamente impactada pelo avanço tecnológico, com a incorporação de inteligência artificial (IA), impressão 3D, realidade aumentada, simulação e robótica. Essas inovações aprimoram a precisão diagnóstica, aumentam a eficiência operacional e contribuem para a formação profissional. A IA possibilita a detecção precoce de anomalias com alto grau de acurácia, enquanto a robótica auxilia na realização de procedimentos minimamente invasivos e reduz o desgaste físico dos profissionais. Além disso, plataformas de telessaúde ou Command Centers descentralizam os diagnósticos, facilitando o acesso a especialistas.

Entretanto, esses avanços também trazem desafios. A automação pode impactar a autonomia dos técnicos em radiologia, redefinindo suas funções e exigindo novos conhecimentos. A dependência de tecnologias proprietárias de grandes corporações pode comprometer a soberania tecnológica do SUS. Questões éticas e de segurança de dados emergem, exigindo uma abordagem crítica sobre sua implementação.

Este estudo aborda essas transformações, discutindo promessas e limitações das novas tecnologias e suas repercussões na soberania e no direito à saúde.

OBJETIVO

Discutir os impactos das novas tecnologias na radiologia, identificando potencialidades e desafios para a prática profissional, a formação técnica e a autonomia dos sistemas de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-bibliográfico fundamentado na revisão de artigos científicos, relatórios técnicos e documentos institucionais publicados nos últimos anos sobre inovação tecnológica em saúde. A pesquisa buscou analisar criticamente as implicações da IA, da automação e da digitalização na radiologia, considerando aspectos técnicos, éticos e políticos.

Foram examinadas evidências sobre o impacto dessas tecnologias na precisão diagnóstica, na carga de trabalho dos profissionais e na acessibilidade aos serviços de imagem. Além disso, investigou-se a relação entre a adoção dessas inovações e os desafios enfrentados pelos sistemas públicos de saúde, com ênfase na soberania tecnológica do SUS. A análise também contemplou o papel da formação

1 Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação (PPGCOM/UERJ). E-mail: magalde@gmail.com

continuada dos técnicos em radiologia diante da crescente necessidade de atualização em novas ferramentas digitais, bem como os riscos de dependência tecnológica e seus efeitos na autonomia profissional.

RESULTADOS

A IA aprimora a detecção de anomalias, reduz o tempo de análise de exames e otimiza protocolos de imagem. Essa tecnologia processa grandes volumes de imagens médicas, identificando tumores e fraturas com alta precisão, além de reduzir a carga de trabalho dos profissionais, permitindo foco em casos mais complexos (1).

A impressão 3D possibilita a criação de modelos anatômicos detalhados, auxiliando no planejamento cirúrgico e no treinamento de técnicos, tornando os procedimentos mais precisos e seguros. Já a realidade aumentada e os simuladores educacionais oferecem aprendizado interativo, projetando imagens em tempo real e permitindo a repetição de procedimentos com feedback imediato.

A robótica automatiza tarefas repetitivas e melhora a ergonomia dos profissionais. Esses avanços reduzem o desgaste físico e aprimoram a interação com equipamentos. Além disso, facilitam a movimentação de pacientes e otimização do tempo (2).

Os Command Centers auxiliam na gestão de exames por imagem, prevendo demandas e otimizando recursos, mas sua implementação no SUS enfrenta desafios como altos custos e desigualdade no acesso.

A adoção dessas tecnologias impacta diretamente a formação e autonomia dos técnicos. Longe de reduzir a importância desses profissionais, os avanços tecnológicos ampliam suas competências, exigindo habilidades mais especializadas, como a segmentação anatômica detalhada para modelos de IA, a integração de informações sobre protocolos de imagem e a validação técnica e clínica dos exames (3). No entanto, cabe um alerta para o risco de alienação tecnológica dos profissionais, além dessas tecnologias reforçarem a concentração de poder em grandes corporações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O avanço tecnológico na radiologia amplia a precisão diagnóstica e a eficiência operacional, mas também impõe desafios à autonomia profissional e à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde. A automação e a inteligência artificial exigem novas competências dos técnicos, tornando essencial a formação contínua para que operem e interpretem essas ferramentas de forma qualificada. No entanto, a dependência de tecnologias estrangeiras pode comprometer a soberania do SUS, elevando custos e limitando a inovação local. Além disso, sem políticas de regulação e transparência, essas inovações podem reproduzir desigualdades e desvalorizar o papel humano no cuidado em saúde. Diante disso, é fundamental equilibrar o otimismo tecnológico com um olhar crítico, garantindo que esses avanços reforcem, e não fragilizem, a equidade e a qualidade do atendimento.

REFERÊNCIAS

- (1) Hardy M, Harvey H. Artificial intelligence in diagnostic imaging: impact on the radiography profession. Br J Radiol. 2020;93(1108):20190840.
- (2) Tavakoli M, Carriere J, Torabi A. Robotics, smart wearable technologies, and autonomous intelligent systems for healthcare during the COVID 19 pandemic: an analysis of the state of the art and future vision. Adv Intell Syst. 2020;2(7):2000071.
- (3) Ribeiro RT. A inteligência artificial e o técnico de radiologia: um futuro otimista. Roentgen-Rev Cient Téc Radiol. 2021;2(1):9-12.

RELATO DE EXPERIÊNCIA - 2º ENCONTRO NACIONAL DA REDE BRASIL GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

Jonathas Riquiel da Silva Rodrigues¹

Julys Nathan Ferreira Soares

Larissa Silva Santos

Sílvia Régia Vieira de Freitas Filha

Suzy Nascimento da Silva

Dayara Janne Patriota Dutra

Natália Fernandes de Andrade

Ana Valeria M Mendonça

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Na atual conjuntura, um dos desafios centrais enfrentados pela ciência, consiste na transposição dos achados de pesquisa para ações efetivas no cotidiano das comunidades. Essa lacuna decorre da diversidade de contextos em que essas intervenções são implementadas. Fatores como a disponibilidade de recursos, as condições dos serviços locais, as especificidades socioculturais das populações e o engajamento comunitário influenciam diretamente a viabilidade e a eficácia da incorporação das evidências científicas (1-3).

Visando essa tradução do conhecimento e o fortalecimento do grupo de pesquisa, no período de 7 a 9 de abril de 2025, realizou-se o 2º Encontro Nacional da Rede Brasil - Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento em Saúde, reunindo pesquisadores, docentes e estudantes de diversas regiões do país para compartilhar experiências, resultados de pesquisas e reflexões sobre os desafios, oportunidades e disseminação do conhecimento em saúde.

O encontro abordou em sua programação os temas letramento digital, uso de inteligência artificial na pesquisa científica, educação pela mídia, saúde digital, doenças tropicais negligenciadas (DTNs), comunicação em saúde e acesso à informação em populações vulnerabilizadas. O encontro proporcionou espaço para o fortalecimento da Rede Brasil, que é a maior rede brasileira de promoção da equidade na ciência.

OBJETIVO

Relatar a experiência da participação no 2º Encontro Nacional da Rede Brasil, destacando os principais temas abordados, por meio da troca de saberes e os resultados de pesquisas apresentadas, com foco na gestão da informação e tradução do conhecimento em saúde, visando uma ciência mais participativa e integrativa.

1

E-mail: jonathas.riquel@gmail.com

METODOLOGIA

A construção deste relato de experiência baseou-se na participação ativa nas atividades do evento, incluindo palestras, mesas de discussão e apresentações de projetos. Foram observadas e registradas as falas e participação dos pesquisadores, estudantes e participantes, além da observação direta das interações entre os membros da Rede. A análise das experiências e resultados apresentados considerou também o contexto da saúde pública brasileira e os desafios enfrentados na tradução do conhecimento em práticas acessíveis, especialmente em contextos de vulnerabilidade.

RESULTADOS

O evento considerou uma diversidade de temas relevantes para a área da saúde, como a utilização de inteligência artificial nas pesquisas, doenças tropicais negligenciadas e sua relação com o cenário epidemiológico atual. Também foi apresentado o relato de experiência da pesquisa “Meu SUS Digital”, além do lançamento de um curso de prevenção à desinformação em saúde nos territórios voltado para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (ACS e ACE).

No encerramento, foi pactuado entre as diferentes regiões participantes o alinhamento e planejamento das ações futuras relacionadas ao tema central do encontro. Cada região apresentou propostas de projetos que poderão ser desenvolvidos ao longo do ano.

Na região Sul, destacam-se iniciativas como o “Rompendo as Barreiras da Desinformação em Saúde” e pesquisas sobre letramento digital e doenças negligenciadas, que resultaram em dissertações, TCCs e capacitações para agentes comunitários. Na Região Norte, houve produção de podcasts, vídeos, cartilhas bilíngues e campanhas de rádio. Já no Centro-Oeste, foram desenvolvidos materiais como vídeos animados sobre hanseníase com tradução para línguas indígenas e conteúdos voltados à população privada de liberdade.

Já na Região Sudeste, foram criados games, infográficos interativos, podcasts e documentários. A Região Nordeste investiu na articulação com redes de docentes e sociedade civil, enfrentou desafios como a baixa qualidade da internet e falta de equipamentos, mas destacou-se atuação extensionista e a comunicação em saúde pública.

Essas propostas foram discutidas coletivamente, buscando sinergias e complementaridades entre os territórios. Também foi elaborado um cronograma preliminar que estabelece prazos para a entrega dos produtos esperados.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A participação no evento proporcionou uma compreensão mais ampla e aprofundada sobre a importância do trabalho colaborativo, não apenas dentro das equipes regionais, mas também em uma perspectiva nacional, fortalecendo a articulação entre diferentes territórios. As trocas de experiências e os conteúdos apresentados ao longo do encontro contribuíram significativamente para o desenvolvimento de habilidades em pesquisa.

REFERÊNCIAS

- (1) Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci.* 2012;7:50.
- (2) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- (3) Andrade KRCD, Pereira MG. Knowledge translation in the reality of Brazilian public health. *Rev Saúde Pública.* 5 de agosto de 2020;54:72.

RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM ALUNOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DE PETRÓPOLIS.

Ana Paula Ríspoli dos Santos¹

Deborah Cinelli Corrêa Netto
Izabel Ester Pires

Lorrene Rodrigues Resende Pimentel

Adriana Ramos de Jesus

Janete da Silva Rabello

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Alimentação Adequada é um direito básico, o qual confere acesso à alimentos em qualidade e quantidade suficientes, respeitando a cultura e hábitos de cada um (1). A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional foi um marco para a luta Nacional contra fome, onde foi criado o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional com objetivo de desenvolver diretrizes e metas, promovendo a criação de instrumentos de avaliação e monitoramento da alimentação dos brasileiros (2). Em contrapartida, a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) contribui na piora das condições de saúde e no surgimento de doenças relacionadas ao estado nutricional em crianças e adolescentes. O Inquérito Nacional sobre a IAN no Contexto da Pandemia da COVID- 19 no Brasil, mostrou que 58,7% dos domicílios brasileiros possuem IAN (3). Em crianças e adolescentes, esta pode implicar em alterações nutricionais, conferir déficit de desenvolvimento, menor rendimento escolar, carências nutricionais, e em casos mais graves, o óbito. Além disso, pode ocasionar também o excesso de peso, e desenvolvimento de comorbidades associadas à obesidade (4). O Programa Saúde na Escola contribui com ações de prevenção e promoção à saúde no ambiente escolar, agindo na frente no combate aos agravos nutricionais.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o risco para Insegurança Alimentar nas residências de crianças e adolescentes matriculados em escolas públicas acompanhados pela Área Técnica do Programa Saúde na Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis/RJ durante os anos de 2023 e 2024.

METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada através da equipe do Programa Saúde na Escola no período de junho a dezembro de 2023 e fevereiro a novembro de 2024, por meio da aplicação de uma ficha que continha a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) com os pais e/ou responsáveis dos escolares com idades entre 0 e 20 anos matriculados em escolas públicas municipais ou federais e

1 Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. E-mail: nutripaularispoli@gmail.com.

centros de educação infantil de Petrópolis. A TRIA consiste em um instrumento validado, sendo de rápida e fácil aplicação para identificar e monitorar as famílias em situação de risco de Insegurança Alimentar (IA) no território.

RESULTADOS

No total, foram avaliadas 12.822 respostas da TRIA referentes à situação de risco de IA nos domicílios das crianças e adolescentes acompanhados pelo PSE, sendo coletadas 6.654 respostas em 2023, no qual observou-se que a maioria (55,3% $n=3.677$) encontra-se em risco de Segurança Alimentar (SA) e 44,7% (2.977) com algum grau de risco de IA, sendo 17,1% (1.137) risco de IA leve e 27,6% (1.840) com risco de IA moderada/grave. No ano de 2024, foram triadas 6.168 famílias, onde 56% (3.433) apresentaram risco de SA, 18% (1.082) risco de IA leve e 27% (1.653) risco de IA moderada/grave. Com base nos dados obtidos, observou-se resultados semelhantes em ambos os anos, no qual as famílias de estudantes da rede pública de ensino de Petrópolis apresentaram resultados de risco de IA similares e até mesmo superiores aos estudos em âmbito nacional, uma vez que a PNAD contínua de 2023 (5), a qual utilizou a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar para avaliação do território, mostrou que 9,4% domicílios brasileiros apresentaram IA moderada/grave e 18,2% IA leve. Dessa forma compreende-se que mesmo a maior parte das famílias apresentando SA, uma porcentagem consideravelmente alta encontra-se com algum grau de risco de IA, possivelmente em situações de vulnerabilidades sociais importantes, acarretando em riscos para o desenvolvimento físico e cognitivo destes estudantes, levando a consequências para toda vida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo permitiu realizar o mapeamento da IA nas residências dos estudantes da rede pública de ensino de Petrópolis, demonstrando sua vulnerabilidade e a necessidade de intervenções governamentais para garantia do direito e o acesso à alimentação adequada e saudável com foco no combate à fome e suas graves consequências, sendo de suma importância como subsídio para políticas públicas voltadas a SA, provando a necessidade do fortalecimento de ações de prevenção e promoção à saúde, tanto dos alunos, pais e responsáveis, quanto a comunidade escolar, contribuindo com a formação integral, podendo agir na frente ao combate da IAN.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
- (2) Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006 set 15.
- (3) Rede PENSSAN. II VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da

Covid-19 no Brasil. São Paulo: Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional; 2022.

(4) Paulino AH et al. Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(4):1159-1167.

(5) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Segurança Alimentar: 2023. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.

ROMPIMENTO COM A SOBERANIA ALIMENTAR: SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE PESSOAS ATINGIDAS POR DESASTRE-CRIME AMBIENTAL NO BAIXO PARAÓPEBA E NA REPRESA DE TRÊS MARIAS

Paula Junqueira Mota ¹

Luana Alves Martinez

Sophia Santos Arruda

Tiago Neves da Silva Chaves

Maria Eduarda da Camara Mendes

Daniela Silva Mendes

Monique Lima Martins

Luiza Vilasboas Castro

Isabella Lisboa Chrisóstomo Borges

Etna Kalliane Pereira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, promulgada em 2006, determinou Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como a garantia do direito de todos ao acesso regular a alimentos de qualidade, através de práticas alimentares de saúde sustentáveis e que respeitem a diversidade cultural (1). Associadamente, a Soberania Alimentar garante os direitos dos povos de estabelecerem sua política agrícola e alimentar. Dessa maneira, inclui-se a proteção da produção agrícola local, o direito de produzir e de escolher sobre o consumo próprio e a conexão entre os custos de produção e os preços agrícolas adequados (2). Configurando-se como um obstáculo à garantia desses direitos, em janeiro de 2019 ocorreu o rompimento da barragem B-I e o soterramento das barragens B-IV e B-IVA da Mina Córrego do Feijão, propriedades da Vale S/A em Brumadinho (MG). Ao atingir o rio Paraopeba, a lama de rejeitos propagou-se até o remanso da Usina Hidrelétrica de Retiro Baixo, entre os municípios de Curvelo e Pompéu (3). A partir desse desastre, as comunidades atingidas sofreram com a impossibilidade de manter sua Segurança e Soberania Alimentar, devido ao comprometimento e/ou à insegurança com o uso do solo e dos recursos hídricos.

OBJETIVO

Compreender as alterações no acesso à água e alimentação em comunidades do Baixo Paraopeba e Represa de Três Marias atingidas por rompimento das barragens da Mina Córrego do Feijão da Vale S/A.

1 Fiocruz Minas e Ministério da Saúde. E-mail: paula.j.mota@gmail.com

METODOLOGIA

A análise da situação de saúde nas regiões do Baixo Paraopeba e Represa de Três Marias, atingidas pelo rompimento das barragens, foi realizada em novembro de 2021, por meio de um estudo qualitativo. Foram realizadas 48 entrevistas com a população atingida de 16 comunidades no Baixo Paraopeba, enquanto nas margens da Represa de Três Marias, 66 moradores foram entrevistados em 22 comunidades. As entrevistas foram guiadas presencialmente, utilizando-se roteiros semiestruturados que exploraram as mudanças nos hábitos alimentares, produção de alimentos e impactos sociais após o rompimento da barragem. A pesquisa qualitativa envolveu ainda a transcrição das entrevistas e análise de conteúdo com utilização do software [ATLAS.ti](#). O estudo seguiu os protocolos éticos aprovados pelo Comitê de Ética da UFG (Parecer nº 5064485) e todas as pessoas entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados utilizados neste trabalho foram provenientes da base de dados brutos da referida pesquisa disponibilizada publicamente no site do Instituto Guaicuy, em parceria com o instituto Olhar e com contribuições de duas autoras.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo evidenciam impactos significativos nas práticas alimentares e condições de vida da população atingida das comunidades do Baixo Paraopeba e Represa de Três Marias. Nesse sentido, o acesso à água foi amplamente comprometido, tanto em quantidade quanto em qualidade, conforme apontado por relatos de moradores dessas regiões. A contaminação ambiental, devido ao rompimento das barragens, resultou na redução do abastecimento de água doméstico e afetou diretamente a produção agrícola e a pesca, atividades essenciais para o consumo de alimentos in natura. Ademais, o medo da contaminação estigmatizou esses produtos, prejudicando a renda de pescadores e agricultores locais. A redução da oferta de alimentos in natura levou à insegurança alimentar, com a substituição de itens cultivados na própria região por alimentos industrializados, conforme relatado nas entrevistas. Algumas pessoas mencionaram o aumento da ingestão de alimentos como uma resposta à ansiedade gerada pelo rompimento das barragens, levando ao ganho de peso. Essa transição alimentar, caracterizada pelo aumento do consumo de ultraprocessados, resultou em prejuízos à qualidade nutricional da dieta e elevou os riscos para a saúde da população. Além disso, com a necessidade de comprar alimentos, houve um aumento expressivo dos gastos e despesas com alimentos, que somado à perda da renda, agravaram ainda mais a vulnerabilidade econômica das famílias.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As pessoas atingidas pelo rompimento passaram por mudanças drásticas na alimentação, com redução em atividades de produção de alimentos. A violação do direito humano à alimentação e à água afetou profundamente as comunidades, gerando danos diretos na saúde. A quebra da soberania alimentar levou à substituição de alimentos frescos por opções industrializadas e pode ter contribuído para aumento de peso, ansiedade e outras doenças crônicas, como a hipertensão. Essa situação fere o direito constitucional à dignidade humana. Dessa maneira, os achados reforçam a necessidade de

políticas públicas integradas que garantam o acesso à saúde, à água potável e incentivem a restauração da produção sustentável de alimentos na região, levando a redução dos custos alimentares e priorizando a segurança alimentar e nutricional como resposta aos danos do desastre ambiental. Destaca-se a necessidade de reparação integral e justa da população atingida, que se encontra desamparada.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006.
- (2) La Via Campesina. Food sovereignty [Internet]. La Via Campesina; 2003 [citado em 2024 Mar 12]. Disponível em: <https://viacampesina.org/en/2003/01/food-sovereignty/>.
- (3) Minas Gerais. Histórico do rompimento das barragens da Vale na Mina Córrego do Feijão [Internet]. MG - Pró Brumadinho; 2024 maio [citado em 2024 Mar 12]. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/pro-brumadinho/pagina/historico-do-rompimento-das-barragens-da-vale-na-mina-corrego-do-feijao>.

SAÚDE DIGITAL NO BRASIL: OLHARES A PARTIR DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Karen dos Santos Dias¹

Daniela Gomes dos Santos Biscarde

Nadja Naiara Damasceno Teles

Daniela Arruda Soares

Maria Luiza Oliveira Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde digital, segundo a Organização Mundial da Saúde, refere-se ao uso de tecnologias digitais para otimizar serviços de saúde (1), e possui um papel relevante para ampliar o acesso universal à saúde. Países como Austrália, Canadá e Reino Unido demonstram como Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) podem otimizar serviços e a interoperabilidade no âmbito da saúde (2). Acompanhando a tendência internacional, o Brasil tem buscado adotar diversas inovações para o uso das tecnologias de saúde, mas enfrenta diversos desafios estruturais, sociais e políticos que afetam a saúde digital (3). A Estratégia de Saúde Digital 2020–2028 busca enfrentar alguns desses obstáculos no Sistema Único de Saúde (SUS), visando melhorar a qualidade do atendimento e ampliar o acesso à saúde (4). A transformação digital é um processo que exige colaboração entre governo, usuários, setor privado e as Organizações da Sociedade Civil (OSC), que desempenham papel crucial na promoção da participação social (5). Essas entidades são importantes para a formulação e implementação de políticas públicas e soluções inovadoras (5). No entanto, existem lacunas na produção acadêmica sobre como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as OSC debatem a saúde digital no Brasil, tornando essa análise essencial para entender a temática na perspectiva da participação popular e controle social do SUS.

OBJETIVO

Investigar como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Organizações da Sociedade Civil (OSC) tem discutido a saúde digital no Brasil e sua implementação no SUS, identificando principais preocupações, propostas e perspectivas dessas organizações e do CNS em relação às tecnologias digitais da saúde no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada a partir de publicações dos sites do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de quatro OSC: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

1

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: karendias@ufba.br.

e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) por sua relevância na saúde pública, da defesa do direito à saúde e promoção da participação social no debate sobre políticas de saúde (5). A coleta ocorreu entre setembro e outubro de 2024, utilizando descritores sugeridos pelo MeSH e DeCs. Foram encontradas 35 publicações, sendo 25 do IEPS, 6 do CEBES, 2 na ABRASCO, 2 no CNS e nenhuma na ABrES. Desses textos, 17 foram descartados por não tratarem, especificamente, de saúde digital, incluindo publicações duplicadas no mesmo site, ainda que em formatos diferentes. Também foram excluídos materiais sem acesso completo ou indisponíveis nos sites oficiais, no momento da busca. Assim, o corpus do estudo foi composto por 18 publicações, lidas na íntegra para categorização do conteúdo utilizando matriz de análise.

RESULTADOS

A análise das publicações permitiu a categorização das informações em quatro eixos temáticos: Governança e proteção de dados; Participação social; Infraestrutura e acessibilidade; Inovação e perspectivas futuras. Esses eixos foram definidos considerando os conteúdos que emergiram das publicações analisadas. Cada eixo foi composto por conteúdos-chaves, que foram identificados como os pontos mais recorrentes ao longo das publicações. O eixo de Governança e Proteção de Dados, aborda a regulação, segurança e controle dos dados de saúde digital. Os conteúdos-chave identificados nas publicações ressaltam a preocupação com a mercantilização de dados da saúde, alertando para os riscos de uso indevido de dados dos usuários do SUS por empresas privadas. Essas publicações também alertam sobre a necessidade do fortalecimento e aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados, a fim de garantir a proteção e armazenamento seguro desses dados de saúde. O segundo eixo, de Participação Social, evidencia a falta de inclusão de diferentes segmentos da sociedade, principalmente dos usuários, no debate sobre saúde digital. Já o terceiro eixo, de Infraestrutura e Acessibilidade, aborda os desafios relacionados às desigualdades no acesso às tecnologias digitais e à falta de estrutura e capacitação profissional adequada para a implantação efetiva da saúde digital no SUS. Por fim, o eixo quatro, de Inovação e Perspectivas Futuras, destaca o uso de novas tecnologias e estratégias inovadoras na saúde digital, como o uso da Inteligência Artificial (IA) e integração de plataformas digitais no SUS, mas destacando a necessidade de garantir equidade no acesso a essas inovações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Com base nos eixos temáticos levantados, é possível identificar que a saúde digital é vista pelo CNS e pelas OSC como um grande desafio para a saúde no Brasil. Essas entidades estão discutindo sobre diversas questões envolvendo a implantação da saúde digital no país, sendo a principal preocupação a proteção de dados dos usuários. Em concordância com o apontado por Rachid et. al. (6), a mercantilização de dados de saúde, coordenada pelas perspectivas neoliberais e privatistas, é apontada como a maior fragilidade da saúde digital atualmente no Brasil. Dessa forma, é possível notar que a regulação governamental da saúde digital estar sujeita ao posicionamento do setor executivo e legislativo do país juntamente com participação crítica da sociedade e das organizações

que a representam, para possuir um caráter inclusivo e aumentar a integralidade da saúde, ou ser uma ferramenta para a exploração e mercantilização da saúde, resultando na exclusão dos usuários.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Mundial da Saúde. Global strategy on digital health 2020-2025. Genebra: OMS; 2021.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Digital no Brasil [Internet]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/saude-digital/>.
- (3) Haddad AE, Lima NT. Saúde Digital no SUS, 2024. Interface (Botucatu). 2024;28:e230597.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília, DF: MS; 2020.
- (5) Santos JS, Teixeira CF. Ação do Movimento da Reforma Sanitária na COVID-19. Ciênc Saúde Colet. 2023;28(5):1287–96.
- (6) Rachid R et al. Saúde digital e plataformização do Estado. Ciência Saúde Colet. 2023;28(7):2143–53.

SAÚDE MENTAL, MACONHA E PSICODÉLICOS: DESCOLONIZAÇÃO E JUSTIÇA SOCIAL

Silvana Solange Rossi¹

Giovanna Bruna Rodrigues Martins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O debate sobre o uso medicinal e terapêutico da maconha e psicodélicos na saúde, especialmente na área de saúde mental, vem se ampliando no Brasil e no mundo, em consonância com o volume de pesquisas científicas e publicações sobre a temática.

No entanto, apesar dos avanços no debate sobre a variedade das práticas de cuidado, ainda perduram muitos preconceitos relacionados às terapias assistidas. Neste contexto de estigma, os povos originários, mulheres e pessoas pretas e periféricas, são as mais vulnerabilizadas.

As autoras participaram de debates importantes nos últimos anos sobre o tema, com a presença de especialistas para dialogar sobre o uso terapêutico de maconha e psicodélicos em contexto psicoterapêutico. Destacaram-se os aspectos éticos, técnicos e científicos do uso da cannabis, bem como as possibilidades e os principais desafios para o exercício profissional frente à temática.

Com forte presença de indígenas, LGBTQIAP+, estudantes, pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais, esses espaços têm estabelecido um marco histórico no debate social, político, ético e cultural da sociedade brasileira.

Afirma-se que a herança do processo de colonização e os séculos de escravidão no Brasil, assim como as consequências das políticas proibicionistas sobre o uso de drogas, potencializam os prejuízos na saúde mental e fazem perdurar as injustiças sociais.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é refletir criticamente sobre o enfrentamento dos desafios colocados de forma histórica, ética e social sobre a demanda crescente de pacientes, familiares, cuidadores/as, profissionais de saúde, estudantes, cientistas, assim como da sociedade em geral, sobre o uso de maconha e psicodélicos, especialmente em contexto terapêutico. Também busca observar as influências coloniais e proibicionistas, destacando os impactos na saúde mental da sociedade brasileira.

METODOLOGIA

Em 2024, no Brasil, cerca de 672 mil pacientes utilizam cannabis medicinal para tratamento de diversas doenças e transtornos, em cerca de 80% dos municípios, número recorde e 56% superior

1 Ação de Mulheres pela Equidade – Promoção de Saúde, Educação, Arte, Cultura, Esporte. E-mail dudassr@gmail.com

ao ano anterior. Estudos se intensificaram desde a evidência científica do Sistema Endocanabinoide, governante dos demais sistemas do corpo humano que promove o equilíbrio da saúde (homeostase).

No Brasil, o debate público sobre a cannabis em contexto terapêutico tem sido protagonizado por mulheres, especialmente mães de crianças neuro diversas, vítimas invisibilizadas da violência gerada pelo proibicionismo. Muitas enfrentam uma sobrecarga com a responsabilidade do cuidado, enquanto seu próprio bem-estar é secundarizado. Politizar a maternidade e o cuidado, com o apoio do movimento feminista e da luta pela cannabis, torna-se, assim, uma estratégia de amor em ação.

Nos eventos, as pesquisadoras puderam escutar múltiplas vozes de pessoas e povos oprimidos pelo colonialismo, pela guerra às drogas e pelo apagamento cultural, que seguem na luta pelo reconhecimento e pelo respeito no uso das medicinas tradicionais, de forma a afirmar sua cultura, e incluir os determinantes sociais da saúde no debate público, alinhados aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Pesquisadoras e cientistas afirmam sua posição como usuárias de substâncias psicoativas, contrapondo a percepção e cobertura midiática que retrata os/as usuários/as de substâncias como pessoas improdutivas e perigosas. Essa abordagem reflete diferentes interesses econômicos e políticos beneficiados pela perpetuação do pânico moral na sociedade.

Temas destacados nos debates:

A crescente demanda de pessoas e comunidades urbanas por saberes e práticas de cura, através de substâncias naturalmente produzidas por plantas ou fungos sagrados, utilizadas no xamanismo indígena em diversas culturas, hoje nomeadas medicinas psicodélicas ou enteógenas;

Alto volume de publicações científicas sobre pesquisas de tratamentos para a saúde mental com as medicinas de efeitos psicoativos, muitas vezes reafirmando as injustiças aos povos originários por defenderem a legitimidade do uso de tais medicinas nos contextos tradicionais e não deles expropriados;

A estratégia de medicinalização e apropriação das práticas ancestrais pelo poder social da medicina, enquanto os povos que utilizam as substâncias como práticas ancestrais permanecem marginalizados e não reconhecidos;

Um avanço dos movimentos culturais em defesa de povos indígenas e dos rituais tradicionais de cura, que tem gerado o chamado ‘turismo psicodélico’ ou ‘turismo xamânico’ no Brasil e no mundo;

Uma crítica à abordagem exagerada, empírica e romantizada, sobre os efeitos milagrosos dessas substâncias e terapias para quase todos os problemas de saúde mental da atualidade, e à abordagem da mídia, de forma superficial e com vieses político-econômicos visando aos interesses da indústria farmacêutica e a comercialização de novos medicamentos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É urgente a construção de uma nova lei de drogas que supere o modelo de governança da Segurança Pública e Justiça. O cuidado em saúde deve ser centralizado no indivíduo e deve considerar a Redução de Danos como paradigma para Promoção de Saúde e Direitos Humanos.

Hoje, a liberdade da maconha e outras plantas, de forma integral, é uma questão de saúde pública que envolve dimensões sociais, científicas e clínicas, atravessadas por relações de poder e interesse do mercado na sociedade capitalista. Trata-se, sobretudo, de uma questão política.

Torna-se urgente a mobilização para a participação social da população, mulheres, famílias e comunidades, em prol da cidadania e das conquistas necessárias rumo à reparação sócio-histórica pertinente à maconha e psicodélicos, o reconhecimento do saber ancestral do uso milenar como medicina, terapia e bem-estar. Para além da liberação e descriminalização, desejamos um projeto político emancipatório em defesa da vida com dignidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Carneiro H, Macrae E, Fiore M, Goulart S, Labate B. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba/MINC; 2008
- (2) Carneiro H. Proibição da maconha: racismo e violência no Brasil. Cahiers des Amériques latines. 2019 [acessado 15 julho 2021]. Disponível em: <https://journals.openedition.org/cahiersal/>.
- (3) Labate B, Antunes H. A popularização dos psicodélicos é uma coisa boa?. C2016-2025. Disponível em: <https://chacruna-la.org>.
- (4) Santos L, Riscala ME, Cardoso T. Cannabis medicinal: o mercado de cannabis para uso medicinal no Brasil. Kaya Mind. 2021;3:102.
- (5) Souza M. O relator propõe regras para o uso da cannabis para fins medicinais, industriais e terapêuticos. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/748884-relator-propoe-regras-para-o-uso-da-cannabis-para-fins-medicinais-industriais-e-cientificos/>.
- (6) Zuardi A. História da cannabis como medicamento: uma revisão. J Bras Psiquiatr. 2006;28(2).

TECNOLOGIA MÓVEL NA SAÚDE: UM APLICATIVO PARA O CUIDADO MATERNO-INFANTIL SUSTENTÁVEL

Júlia Pereira Neto¹

Ana Clara Barboza Da Silva Tavares

Esther Oliveira de Lima Peres

Ana Clara de Almeida Neves

Kethylyn Silva Gomes Pessanha

Inês Menezes Maria dos Santos

Isis Vanessa Nazareth

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, lançou a Agenda 2030, a qual visa o desenvolvimento sustentável para os próximos 15 anos. Essa iniciativa é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas (1). Um foco importante é a saúde materno-infantil, que envolve cuidados desde a gravidez até a primeira infância, abrangendo pré-natal, parto seguro, pós-parto, imunização, nutrição e apoio psicossocial. No Brasil, a mortalidade materna e infantil ainda apresenta desafios. Em 2021, a Razão de Mortalidade Materna foi de 109 por 100 mil nascidos vivos, muito acima da meta de 2030 estabelecida pela ONU. A mortalidade infantil também aumentou, passando de 11,5 (2020) para 12,6 (2022), longe da meta de menos de 5 óbitos por 1.000 nascidos vivos (2). Medidas como educação em saúde, saneamento, vacinação e incentivo à amamentação são essenciais para reverter esses índices (1). A enfermagem desempenha papel crucial nesse contexto, promovendo educação em saúde, planejamento reprodutivo, aleitamento materno e combate à desinformação (3). Propõe-se o desenvolvimento de um aplicativo móvel para fortalecer o vínculo entre o binômio e melhorar o cuidado domiciliar, alinhado às metas dos ODS, facilitando o acesso a informações essenciais e avançando na saúde materno-infantil.

OBJETIVO

Apresentar a construção de um aplicativo móvel voltado para a saúde materno-infantil, incorporando os princípios dos ODS da Organização das Nações Unidas. O aplicativo promoverá informações seguras para gestantes e mães, promovendo o acesso à saúde de qualidade. Além disso, busca melhorar a qualidade de vida das mulheres e crianças, garantindo igualdade de gênero, bem-estar e a redução das desigualdades.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, descritiva e exploratória, aplicada à produção

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Email: juliapneto2@gmail.com

tecnológica com a finalidade de desenvolver um aplicativo móvel sobre desenvolvimento sustentável e saúde materno-infantil. Realizado pelo projeto de extensão “Nasceu e agora? Educação em Saúde para o Cuidado Materno com o Bebê” do Instituto de Enfermagem da UFRJ-Macaé, em parceria com o Programa Macaé Conecta, o estudo utilizou a metodologia ADDIE, em razão de sua clareza e coesão com as finalidades e os objetivos da pesquisa. A mesma foi dividida em duas fases: 1) Análise e desenho, onde foram definidos os objetivos, público-alvo, recursos disponíveis, elaboração de estratégias e infraestrutura tecnológica; e 2) Desenvolvimento, que corresponde à criação do conteúdo e materiais instrucionais, como apresentações, gráficos, módulos online, além de testes e revisões baseados em feedback.

RESULTADOS

O aplicativo recebeu o nome de “Nasceu e Agora?” com o propósito de se tornar uma fonte confiável de informações para educação em saúde, sendo direcionado a gestantes, puérperas e mães de recém-nascidos. Utilizando a plataforma Kodular®, derivada do *MIT App Inventor*®. A criação foi facilitada pela codificação simplificada e testes em tempo real via aplicativo *Companion*®. Seu conteúdo foi organizado em três categorias principais: gestação, puerpério e recém-nascido, permitindo um enfoque abrangente nessas áreas. Na criação do programa buscou-se cumprir assuntos relacionados as metas dos ODS, abrangendo as áreas da nutrição, saúde, educação e igualdade social. No *layout* o aplicativo usa tons pastéis de rosa e branco, proporcionando uma experiência tranquila. Não há necessidade de cadastro, aumentando a acessibilidade, especialmente para usuários com *smartphones* mais desatualizados. O aplicativo aborda práticas essenciais como cuidados com o coto umbilical, higiene, aleitamento materno e introdução alimentar. Optou-se pela criação de vídeos legendados curtos, de 1 a 10 minutos, a partir do editor de vídeo *CupCat*®, onde abordam tópicos como candidíase oral, alimentação saudável durante a amamentação, transmissão de doenças, vacina BCG e entre outros.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O aplicativo “*Nasceu e Agora?*” representa um avanço na utilização de tecnologias emergentes para promover educação em saúde para gestantes e mães de recém-nascidos. Ele oferece informações abrangentes sobre gestação, parto, puerpério e cuidados infantis, com base em evidências científicas, contribuindo para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. O aplicativo facilita o acesso ao conhecimento essencial e fortalece a atuação dos profissionais de saúde na promoção de práticas saudáveis e científicas. Assim, configura-se como uma ferramenta estratégica para a saúde pública e o avanço dos ODS, demonstrando a importância dos aplicativos móveis na disseminação eficaz de informações, aproveitando o amplo uso de smartphones e a acessibilidade à internet.

REFERÊNCIAS

- (1) Moreira MR et al. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. *Saúde Debate*. 2019;43(esp):22-35. Doi: 10.1590/0103-11042019S702.
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
- (3) Loiola BM et al. O papel do enfermeiro na promoção da saúde infantil. 6. Encontro Internacional de Jovens Investigadores [internet]. 2019. p.1-2. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/join/2019/TRABALHO_EV124_MD4_SA50_ID598_22082019210249.pdf.

TECNOLOGIA, APAGÕES DIGITAIS E INJUSTIÇAS EM REDE: A TELEMEDICINA COMO REFLEXO DAS INIQUIDADES NO ACESSO À SAÚDE

Joyce Samara Dias Santos¹

Elyara Pereira da Cruz

Maria Keylla Vidigal

Priscila Alves Duarte

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A transformação digital em saúde vem sendo promovida como estratégia central de qualificação da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente após a pandemia de COVID-19, que acelerou a adoção da telemedicina em diferentes níveis de atenção. No entanto, o avanço tecnológico não se dá de forma equânime em um país profundamente marcado por desigualdades estruturais. A exclusão digital, entendida como a ausência de acesso à internet, dispositivos tecnológicos e letramento digital, emerge como determinante social invisibilizado, impactando diretamente a efetividade das ações em saúde digital.

Populações em situação de vulnerabilidade, como idosos, comunidades rurais, povos indígenas e pessoas em situação de rua, enfrentam múltiplas barreiras de acesso à tecnologia, o que compromete a universalidade e integralidade do cuidado preconizado pelo SUS. Ainda que a Estratégia de Saúde Digital 2020–2028 (1) sinalize avanços importantes, não há, até o momento, políticas públicas estruturadas que garantam conectividade universal e acessível à população.

A presente análise parte da hipótese de que a telemedicina, em sua forma atual, pode aprofundar desigualdades históricas em saúde, ao não incorporar as especificidades dos grupos socialmente excluídos.

OBJETIVO

Analisar criticamente como a exclusão digital interfere na efetividade, equidade e justiça do uso da telemedicina no Brasil, considerando os princípios do SUS, as desigualdades sociais estruturais e os desafios enfrentados por populações vulnerabilizadas no contexto da transformação digital em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo com base em revisão de literatura científica, documentos técnicos e políticas públicas recentes sobre saúde digital. A análise foi orientada pelos referenciais da Saúde Coletiva e da Determinação Social da Saúde. Foram selecionados documentos oficiais como a

1 Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas de Sete Lagoas. Email: dias.joyces@icloud.com

Estratégia de Saúde Digital 2020–2028, dados de acesso à internet no Brasil e estudos sobre exclusão digital e letramento em saúde. As informações foram articuladas criticamente, com foco na identificação de fatores que limitam a efetividade da telemedicina junto a grupos vulnerabilizados.

A abordagem compreende a tecnologia como processo social, reconhecendo que o acesso desigual aos meios digitais é uma forma de expressão das iniquidades históricas. Além disso, foram discutidos os limites estruturais dos serviços de saúde, como a ausência de capacitação profissional específica e a falta de estratégias para inclusão digital dos usuários, o que compromete o cuidado remoto no SUS.

RESULTADOS

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 reconhece a centralidade da transformação digital como vetor de qualificação do cuidado em saúde (1). No entanto, sua implementação encontra barreiras importantes relacionadas às desigualdades estruturais. Milhões de brasileiros ainda não têm acesso a dispositivos eletrônicos, conexão de qualidade ou privacidade domiciliar, o que inviabiliza a efetividade de serviços como a telemedicina. Apenas 22% da população possui acesso à internet adequada, número que cai para 3% entre as classes D e E (2).

Além disso, os próprios serviços de saúde enfrentam desafios para adaptação ao modelo remoto, exigindo formação específica para profissionais e construção de vínculos não presenciais. Embora cursos especializados estejam sendo ofertados, essa capacitação ainda é insuficiente frente às demandas do SUS.

Outro aspecto crítico é o letramento digital em saúde, ainda ausente da formação básica da população brasileira. A falta de educação digital compromete a autonomia dos usuários e limita o uso efetivo das tecnologias em saúde. A análise mostra que a expansão da telemedicina em um cenário de desigualdades históricas exige políticas públicas comprometidas com a conectividade universal, inclusão digital e adaptação sociocultural das práticas de cuidado.

Embora essas ações sejam previstas na Estratégia de Saúde Digital, sua efetivação depende de investimentos contínuos e da articulação entre setores (3). Sem isso, a digitalização em saúde pode reproduzir ou aprofundar iniquidades, contrariando os princípios do SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A saúde digital, especialmente a telemedicina, representa uma inovação que deve ser orientada por princípios de justiça social. Sem ações concretas para combater a exclusão digital, corre-se o risco de consolidar uma nova forma de iniquidade, mediada por redes e algoritmos. Os princípios do SUS exigem que as políticas digitais considerem os contextos sociais dos usuários e ampliem o acesso às tecnologias como direito fundamental. É urgente integrar infraestrutura tecnológica, capacitação profissional e inclusão digital para que a telemedicina democratize o cuidado, em vez de aprofundar desigualdades.

Políticas de saúde digital devem incorporar estratégias de letramento tecnológico, inclusão digital e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como base da atenção remota. A equidade, princípio essencial do SUS, exige ações concretas para garantir que a telemedicina não seja apenas inovação técnica, mas um compromisso ético com a universalização do cuidado.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [internet]. Brasília, DF: MS; 2020 [citado em 14 abr. 2025]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf
- (2) Vieira Junior V. Acesso à internet no Brasil reproduz desigualdades e exige políticas públicas [Internet]. São Paulo: [NIC.br](https://www.nic.br/); 2024 [acesso em 11 abr. 2025]. Disponível em: [nic.br/noticia/na-midia/acesso-a-internet-no-brasil-reproduz-desigualdades-e-exige-politicas-publicas/](https://www.nic.br/noticia/na-midia/acesso-a-internet-no-brasil-reproduz-desigualdades-e-exige-politicas-publicas/)
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança publicações sobre a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2021 [acesso em 12 abr. 2025]. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/ministerio-da-saude-lanca-tres-publicacoes-sobre-a-estrategia-de-saude-digital-para-o-brasil-2020-2028.

TECNOLOGIAS DIGITAIS MEDIADAS POR PROFESSORES PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA: RESULTADOS PRELIMINARES DA REVISÃO DE LITERATURA

Omara Machado Araujo de Oliveira¹

Mônica Ferreira da Silva

Alessandro Jatobá

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O TEA se caracteriza pela presença de um desenvolvimento atípico acentuado na interação social e comunicação, marcado por um repertório restrito de atividades e interesses. Essas características podem levar a um isolamento da criança e de sua família. Mas, acredita-se que o ensino pode proporcionar à essas crianças oportunidades de convivência e desenvolvimento com outras crianças da mesma faixa etária (1).

A educação se depara com desafios decorrentes de transformações sociais, culturais e tecnológicas, e a tecnologia tem um papel cada vez mais importante na educação nos dias de hoje, oferecendo novas possibilidades para o ensino e aprendizagem, mas ao mesmo tempo exigindo preparo do professor para utilizá-las de forma criativa e eficaz, tornando o processo de ensino-aprendizagem mais dinâmico e interativo (2).

Amaro diz que na Educação Infantil as crianças começam a ampliar suas relações sociais e que “[...] seu currículo está cada vez mais estruturado para uma educação de qualidade, e não mais um lugar para apenas cuidar e socializar” (3).

Com isso, essa pesquisa sobre tecnologias digitais mediadas por professores para crianças com TEA, é bastante relevante para promoção de práticas educativas eficazes e inclusivas, porque podem contribuir para o desenvolvimento das crianças na escola. Neste artigo, elencamos alguns resultados preliminares da pesquisa.

OBJETIVO

Conhecer e validar algumas ferramentas digitais para o desenvolvimento de crianças com TEA, através da criação de uma sequência didática envolvendo ferramentas tecnológicas e avaliar o aproveitamento da sequência didática nas práticas pedagógicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo misto, composto por uma revisão sistemática da literatura (RSL), do tipo metassíntese, que se justifica pela natureza qualitativa em diferentes contextos, oferecendo

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: omararj@gmail.com

uma estrutura que vai além da simples descrição de resultados, sendo ideal para estudos que buscam aprofundar as experiências e práticas (4) dos professores na aplicação de tecnologias no desenvolvimento socioemocional de crianças com TEA, e um estudo de caso exploratório e descritivo, proporcionando uma análise abrangente das evidências. Neste artigo, são explorados os resultados iniciais da revisão de literatura.

Esse estudo será desenvolvido em 3 etapas:

Primeira etapa: Revisão sistemática da literatura sobre o uso das tecnologias digitais no desenvolvimento de crianças com TEA e a importância do professor como mediador.

Segunda etapa: Estudo de caso com os professores, a respeito do uso das tecnologias digitais como objeto de desenvolvimento das crianças com TEA.

Terceira etapa: Construção de sequência didática para aplicação pelos professores em suas salas de aula, incluindo instrumentos para posterior avaliação dos resultados.

Resultados

Após a fase inicial da revisão sistemática da literatura, onde foram analisados 124 artigos do Google scholar e foram selecionados preliminarmente três. Estes artigos foram utilizados para a elaboração destes resultados preliminares.

A educação é uma das melhores áreas para desenvolver a inteligência emocional dos alunos no ambiente escolar, tais como: relações de qualidade entre professores e alunos, melhores relações interpessoais entre alunos, melhoria da capacidade de aprender, aumento da autoestima, desenvolvimento de competências de autocontrole, entre outros (5).

Muitos jogos têm sido desenvolvidos com foco em crianças e adolescentes com TEA para cultivar competências emocionais e desenvolver a inteligência emocional, uma vez que estes indivíduos apresentam *déficit* nas competências de inteligência emocional, que se relacionam principalmente com dificuldades em compreender, expressar e regular as suas próprias emoções, bem como dificuldades em demonstrar empatia e codificar informações emocionais e sociais a partir de estímulos faciais e comunicação não verbal em geral (5).

Dieker *et al.* (6) sugerem que a tecnologia de reconhecimento facial pode ser utilizada para ajudar os alunos a identificar e aprender expressões faciais discretas, considerando a área específica do desenvolvimento de competências sociais e de comunicação para alunos com TEA.

De acordo com Vahabzadeh *et al.* (7), as ferramentas de tecnologia digital tornam-se cada vez mais importantes para satisfazer as necessidades educativas e terapêuticas dos alunos com TEA e capacitar os educadores para melhorar as suas intervenções, reduzindo a sua exaustão e o estresse. O *Empowered Brain* provou ser uma ferramenta viável e eficaz para melhorar os sintomas comportamentais em crianças com TEA num ambiente escolar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A RSL proporcionará uma compreensão mais profunda das questões socioemocionais que afetam as crianças com TEA e da forma como a tecnologia digital pode ser utilizada para ajudar o desenvolvimento destas crianças, bem como clarificar a importância do papel do professor neste processo.

Os resultados preliminares forneceram provas de que a tecnologia digital pode ser uma ferramenta de intervenção promissora, com potencial para melhorar as competências emocionais das crianças.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado, e os passos futuros incluem a análise das bases de dados *Scopus* e *Web of Science*, o desenvolvimento de um estudo de caso com professores sobre o uso de tecnologias digitais como objetos para o desenvolvimento de crianças com TEA, e a construção de uma sequência didática para os professores utilizarem em suas salas de aula.

REFERÊNCIAS

- (1) Rinaldo SCO. Processos Educacionais de Crianças com Transtorno do Espectro Autista na Educação: interconexões entre contextos. Araraquara: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2016.
- (2) Costa Júnior JF et al. Os novos papéis do professor na educação contemporânea. RBEN, 2023;6:124-49.
- (3) Amaro MMS. Tecnologias na Educação Infantil. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
- (4) Siddaway AP, Wood AM, Hedges LV. How to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. Ann Rev Psychol. 2019;70(1):747-770.
- (5) Papoutsi C, Drigas A, Skianis C, Skordoulis C, Pappas M. The Park of Emotions: A Serious Game for the Development of Emotional Intelligence in Children. Appl. Sci. 2024;14:6067.
- (6) Dieker L. et al. Using an Artificial Intelligence (AI) Agent to Support Teacher Instruction and Student Learning. J Special Educ Preparation. 2024;4(2):78-88.
- (7) Vahabzadeh A, Keshav NU, Abdus-Sabur R, Huey K, Liu R, Sahin NT. Improved Socio-Emotional and Behavioral Functioning in Students with Autism Following School-Based Smartglasses Intervention: Multi-Stage Feasibility and Controlled Efficacy Study. Behav Sci (Basel). 2018;(10):85.

TENSÕES E UTOPIAS NA PRODUÇÃO DO ESPAÇO NEOLIBERAL URBANO: ENTRE AS MULTIDÕES E O CUIDADO NA RUA

Melannie Pinhatti Schisler¹

Roger Flores Ceccon

Lívia Maria Fontana

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A cidade neoliberal é marcada por extremos, refletindo as contradições de classe no capitalismo. E, conforme avança o processo da privatização do espaço, teorizado pelo geógrafo David Harvey, mais se aguçam esses extremos e mais se esvai o direito à cidade (1). Para Henri Lefebvre, o direito à cidade não é só o direito de acessar, mas de participar de sua imaginação e produção (2). A literatura da saúde coletiva e da geografia concordam em dizer que as

Populações em Situação de Rua (PSR), ou, os *enruados*, têm seus direitos, inclusive o direito à cidade, constantemente violados: são espremidos por políticas higienistas, negados acesso ao espaço físico e às políticas robustas de assistência, excluídos da participação política, e estigmatizados como criminosos, doentes e “manchas” na cidade. Mas, ao ocupar o espaço urbano da forma como ocupam, os *enruados* tensionam o direito à cidade que lhes é negado, forçando a mão da privatização do espaço.

Este trabalho busca compreender como essas populações, ao mesmo tempo em que enfrentam violações, tensionam o direito à cidade, ocupando espaços públicos e propondo novas formas de uso e produção do espaço. E, como a equipe do Consultório na Rua (eCR), equipamento do SUS voltado a essa população, propõe o cuidado ao ar livre e assim, também transforma as dinâmicas de produção desse espaço.

OBJETIVO

Analisar como as PSR e as equipes de Consultório na Rua (eCR) tensionam as dinâmicas da produção do espaço urbano neoliberal, propondo utopias urbanas ao disputar o direito à cidade e o direito ao cuidado.

METODOLOGIA

Este estudo parte das experiências de campo e diários de campo ao acompanhar a atuação de uma eCR no município de Florianópolis. Estão sendo registradas as vivências e interações das PSR com os serviços de saúde, especificamente com a psicóloga da eCR, além de suas estratégias de sobrevivência e resistência no espaço urbano. O trabalho de campo incluiu visitas a locais como a “Passarela” (centro

1 Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: melannies@gmail.com

de acolhimento), casas de passagem e de acolhimento municipais, praças e ruas do centro da cidade de Florianópolis, onde foram observadas as dinâmicas de ocupação, cuidado e violência de centenas de enruados. A análise dos dados foi guiada pelas teorias de Henri Lefebvre sobre o direito à cidade e as utopias urbanas e, pela perspectiva da saúde coletiva da determinação social do processo saúde-doença.

Os resultados evidenciam que as PSR, ao ocuparem espaços públicos de forma que desafia a lógica da propriedade privada, propõem novas formas de produção do espaço. A “Passarela”, por exemplo, é um local de acolhimento precário, mas também de resistência, onde as PSR têm amostras de vivacidade – fazer música, brincadeiras e se “entre cuidarem” – apesar das condições insalubres e precárias (4). As eCR ofertam o cuidado por uma população renegada de uma forma não-convencional, conforme a necessidade do usuário, mesmo que não enquadre na definição “clássica” de demandas de saúde (3). Isso promove utopias urbanas baseadas na solidariedade e na determinação social da saúde. Para Lefebvre, utopias urbanas são espaços urbanos que agem como utopias concretas, dinâmicas, construída de baixo para cima, e onde a cidade, ao invés de ser um espaço de apropriação capitalista, viraria um espaço de desejo, criatividade e solidariedade (2). Essa solidariedade é observável quando as PSR, embora marginalizadas, desenvolvem estratégias de cuidado mútuo e resistência, como no caso da usuária Dora², uma mulher cega que costuma ser cuidada por seu companheiro, mas, na sua ausência, é cuidada por outros enruados em conjunto com a eCR, dispondo de diversas ferramentas inusitadas para o campo da saúde (4). Além disso, o campo e a pesquisa revelam a violência estrutural enfrentada por essas populações, como abordagens policiais abusivas e a falta de acesso a serviços básicos (4). Apesar disso, as PSR e as eCR insistem em existir e, assim, tensionam as dinâmicas urbanas neoliberais, propondo alternativas de cuidado e ocupação do espaço. O cuidado que é produzido nesse formato dialoga com a proposta de Emerson Merhy de uma saúde coletiva que produz diferenças e se alia às lutas populares e dos reprimidos [5]. Isso contrapõe ao biopoder de produção, controle e gestão da vida das populações tão comumente associado à saúde pública estadista (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que as PSR e as eCR desempenham um papel central na construção de utopias urbanas pois esticam os limites da dinâmica de produção do espaço. Ao ocuparem espaços públicos e proporem novas formas de cuidado, essas populações desafiam a lógica da propriedade privada e reivindicam seu direito à cidade das margens. As eCR, como equipamentos do SUS, são fundamentais nesse processo, promovendo o cuidado e a saúde de forma integrada (3). O estudo reforça a necessidade de políticas sociais que garantam os direitos das PSR, ao cuidado e à cidade, reconhecendo-as como agentes ativos na transformação das estruturas urbanas e sociais. E, com isso, alia-se a uma saúde coletiva que pauta a justiça social (5).

REFERÊNCIAS

- (1) Harvey D. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume; 2005.
- (2) Lefebvre H. O direito à cidade. 3. ed. São Paulo: Centauro; 2011.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População em Situação de Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- (4) Diários de Campo – Projeto Outras Histórias. Florianópolis, 2025.
- (5) Merhy E. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. Rev Saúde Soc. 2015;24(1): 44-54. DOI: 10.1590/S0104-2902015S01004.

TRAJETÓRIAS DA ALIMENTAÇÃO A PARTIR DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Lucas Araújo Dutra Rodrigues 1

Bráulio Silva Chaves
Celina Maria Modena

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) é entendido como instrumento que expressa os princípios da alimentação e da nutrição por meio de mensagens práticas para educar a população e guiar políticas públicas de saúde, alimentação e agricultura. No Brasil, existem duas edições do GAPB, uma de 2006 (1) e outra de 2014 (2).

Uma diferença importante diz respeito aos referenciais abordados, que na primeira edição eram estudos clínicos e epidemiológicos que buscavam relacionar os alimentos ou grupos alimentares e nutrientes ao aumento ou redução do risco de doenças. Um fato novo impactou na produção da segunda edição (3), pois no ano de 2009 foi estabelecida uma classificação de alimentos denominada NOVA, dividindo os alimentos segundo o grau de processamento. A primeira edição fez a classificação pelo perfil de nutrientes do alimento.

A partir da existência das duas edições, perguntou-se quais concepções de saúde e alimentação aparecem nas duas edições do GAPB. Tais concepções tratam a alimentação pela chave da nutrição e ausência de doença ou operam com a determinação social da saúde? Quais as estratégias de educação em saúde adotadas e qual a relação com as concepções de práticas alimentares que atravessam o conteúdo das duas edições do Guia?

OBJETIVO

Analisar comparativamente as duas edições do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), destacando as concepções de educação em saúde adotadas para perceber suas permanências e rupturas e como esse movimento indica as alterações das práticas alimentares promovidas.

METODOLOGIA

Para o estudo comparativo das duas edições do Guia foi utilizada a análise de conteúdo (4). Os dois guias foram lidos integralmente e buscou-se a presença de significados e significantes, palavras e outros elementos textuais, imagéticos e visuais capazes de demonstrar qual a concepção de saúde, alimentação e educação em saúde adotada pelos autores.

Também foram mapeadas informações sobre as equipes multiprofissionais que produziram as edições, para compreender isso influenciou nas mudanças significativas entre os materiais. A

1

Instituto René Rachou - IRR/FIOCRUZ-MINAS. E-mail: lucasaraujodutra@gmail.com

identificação dos coletivos de pensamentos foi uma etapa necessária para se entender as alterações de linguagem e discursivas como indicativos de mobilizações sociais em torno da alimentação, saúde e educação em saúde.

Para se realizar a análise, foram utilizados referenciais sobre concepções críticas de alimentação, saúde e educação em saúde, que abordam essas práticas como inerentemente sociais e permeadas pelos conflitos existentes na sociedade. A partir dessa discussão foram construídas categorias para comparação entre os guias e a percepção das permanências e rupturas com as diferentes concepções de práticas alimentares expressas.

RESULTADOS

O grupo que produziu a primeira edição possuía pessoas de diversas instituições, mas com destaque para o Ministério da Saúde (MS). As outras instituições aparecem creditadas como colaboradores para redação das diferentes versões, como grupos de pesquisa em nutrição e alimentação de locais como Universidade de Brasília e Universidade de São Paulo (USP). A sociedade civil aparece como contribuidora a partir de consultas públicas realizadas.

A segunda edição é produzida sob encomenda do MS e da Organização Pan-Americana de Saúde. O principal grupo articulador é o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP, um grupo de pesquisas composto em sua maioria por médicos e nutricionistas, mas marcado pela interdisciplinaridade nos campos da saúde pública, políticas públicas e ciências sociais e antropologia da alimentação.

Em relação ao conteúdo, na primeira edição são direcionados imperativos de orientações que profissionais da saúde devem dar ou mudanças de hábitos de indivíduos. Por exemplo: “Para garantir a saúde, faça pelo menos três refeições por dia [...], intercaladas por pequenos lanches” (1). Esse tipo de imperativo aparece apartado de considerações sobre os aspectos sociais, culturais e políticos relacionados a esse hábito alimentar.

Na segunda edição, esse tipo de orientação não é o foco do Guia e a concepção de práticas alimentares é demarcada de forma nítida: “adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual, muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas” (2). Vê-se que o ato de alimentar se insere em um contexto social mais amplo, implicado na sociedade em que se insere.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que a primeira edição do GAPB possui uma relevância como um esforço promoção da alimentação saudável e de tentativa de orientação de políticas públicas de saúde e alimentação no Brasil. Contudo, apresenta, em grande medida, uma visão da alimentação centrada na doença ou agravos e realiza a comunicação e educação em saúde, a partir de um viés comportamentalista, ou seja,

de uma alimentação saudável, vinculada à questão dos hábitos e a necessidade de alteração deles.

A segunda edição, por outro lado, propõe uma visão dialógica de educação, considerando os aspectos da determinação social da saúde e da alimentação. A partir da classificação dos alimentos em seu grau de processamento, consegue expandir as discussões sobre aspectos econômicos e sociais. Dessa forma, a segunda edição tem potencial de mobilizar críticas ao sistema agroalimentar brasileiro e a concepção do alimento como mercadoria e a relação disso com a produção e reprodução da fome e outras doenças ou agravos

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 2025 abr 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2. ed. Brasília, DF Ministério da Saúde; 2014 [citado em 2025 abr 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- (3) Oliveira MSDS, Silva-Amparo L. Food-based dietary guidelines: a comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. Public Health Nutr [Internet]. 2018;21:210-207. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980017000428>.
- (4) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

TRANSFORMANDO A SAÚDE COM HOSTALKY®: AVANÇOS TECNOLÓGICOS E A SOBERANIA DIGITAL NO CONTEXTO DA SAÚDE

Camilla Carvalho do Nascimento¹

Alexia Garcia de Carvalho

Fátima Samanta Gonçalves Lima

Letícia Silva Saraiva

Mariana Von Held Almeida

Mellyssa Monteiro Silva

Shamrddhi Malli Arun

Sukhnoor Riar

Thais Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os princípios de integralidade, equidade e universalidade, que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, são amplamente discutidos no campo teórico (1). No entanto, sua concretização tem sido potencializada pelo avanço das tecnologias em saúde, que englobam inovações voltadas à melhoria de diagnósticos, tratamentos, gestão hospitalar e da qualidade de vida dos pacientes (2). Entre as tendências emergentes nesse cenário, destaca-se a atuação da comunidade open source, cuja abordagem colaborativa impulsiona a disseminação do conhecimento, a cocriação de soluções e a aceleração da inovação no setor (3).

Nesse contexto, iniciativas como a HosTalky® (4), uma plataforma open source voltada à comunicação interprofissional em saúde, evidenciam o potencial transformador dessas tecnologias. A HosTalky® promove a integração entre profissionais de diferentes países por meio de modelos de estágio global e desenvolvimento conjunto, contribuindo para a evolução contínua de ferramentas digitais voltadas ao cuidado. Essa lógica colaborativa amplia o acesso a inovações de forma equitativa e sustentável, superando barreiras geográficas e socioeconômicas, e aproximando a prática dos princípios do SUS.

OBJETIVO

Descrever a experiência vivenciada durante estágio na *startup* canadense HosTalky, destacando o uso do aplicativo como recurso para fortalecer a comunicação entre profissionais de saúde e promover práticas colaborativas voltadas à promoção da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o Programa de Estágio Voluntário da HosTalky,

1 Estagiária da HosTalky. E-mail: camilla.nascimento@hostalky.com

startup canadense responsável pelo desenvolvimento do aplicativo homônimo. As atividades foram realizadas entre fevereiro e abril de 2025, com a participação de uma equipe composta por quatro acadêmicas de enfermagem e uma enfermeira. Durante o período, uma das atividades desenvolvidas foi a análise do potencial do aplicativo HosTalky na comunicação interprofissional e na promoção da saúde.

As observações foram registradas de forma sistemática ao longo das atividades práticas e reflexivas do estágio, considerando aspectos como a usabilidade da plataforma, o impacto na comunicação entre membros da equipe, a organização das tarefas e a percepção de bem-estar dos profissionais envolvidos. A análise foi de natureza qualitativa, fundamentada em impressões, interações com a equipe internacional e avaliação crítica do ambiente virtual proporcionado pelo uso da ferramenta.

RESULTADOS

Como plataforma gratuita baseada em princípios de inovação aberta, a HosTalky disponibiliza funcionalidades como *CareID*, *chat* instantâneo, lembretes, anotações pessoais e anúncios internos, que contribuem para uma rotina mais organizada, colaborativa e centrada na eficiência da comunicação entre profissionais de saúde. Durante o estágio, foram realizadas reuniões semanais com a equipe internacional, nas quais eram discutidas propostas de melhorias, desenvolvimento de novas funcionalidades e estratégias para aprimorar a experiência dos usuários. Esses encontros reforçaram a abordagem colaborativa e centrada no usuário, característica fundamental do ecossistema *healthtech*.

A troca constante de ideias entre profissionais de diferentes áreas e nacionalidades favoreceu a cocriação, o pensamento crítico e a construção de soluções tecnológicas aplicadas à saúde. Essa vivência dialoga diretamente com os princípios do SUS, especialmente no que se refere à integralidade, equidade e universalidade. A busca contínua por melhorias no aplicativo evidencia seu potencial em promover interações mais ágeis, claras e acessíveis entre profissionais, contribuindo significativamente para o fortalecimento da comunicação interprofissional. Além disso, a possibilidade de conectar equipes de diferentes países reforça o papel da HosTalky como uma ferramenta de integração global na saúde digital.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estágio na HosTalky demonstrou ser uma experiência enriquecedora e eficaz para integrar os princípios do SUS a uma perspectiva global, por meio da tecnologia e da colaboração internacional. O aplicativo representa um avanço importante na construção de um futuro mais inovador, integrado e colaborativo para a saúde, destacando o valor das *healthtechs* como aliadas na qualificação dos processos de cuidado e na superação de barreiras comunicacionais entre profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2023 [citado em 13 fev. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_sus.pdf
- (2) Hansen F, Lima LD, Machado CV. Tecnologia em saúde: o que é e como é avaliada. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(10):3871-82.
- (3) Martins A, Oliveira L, Rocha R. Inovação aberta na saúde: perspectivas e desafios. Rev Saúde Inov. 2021;8(1):15-28.
- (4) HosTalky. HosTalky®: The healthcare helper [Internet]. Versão 2.4.24. Mississauga: HosTalky; 2024 [citado em 13 fev. 2025].

VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA DE RECOMENDAÇÕES PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE CRIANÇAS ENTRE 02 E 06 ANOS DE IDADE

Cynthia Maria de Oliveira Pessoa¹

Fábio Marques Julião da Silva

José Jefferson Alves da Silva

Danilo Borges Cruz

Nicolas Meirelles Pereira

Victor Rodrigues Vitalino

Jéssica Moraes de Oliveira

Cláudia Lima Campos Alzuguir

Eduardo Alexander

Maria Kátia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A alimentação saudável na infância é reconhecida como um desafio global, sobretudo em países com desigualdades sociais acentuadas como o Brasil. A crescente incidência da obesidade infantil evidencia a necessidade de intervenções precoces, capazes de promover hábitos alimentares adequados desde os primeiros anos de vida. Nesse cenário, políticas públicas como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) orientam as ações voltadas à prevenção e enfrentamento dos agravos nutricionais (1). Neste estudo foi realizada revisão integrativa da literatura, que reuniu evidências científicas sobre os fatores que influenciam os hábitos alimentares no contexto familiar e da atenção primária. Ademais, a produção de materiais educativos, como cartilhas, emerge como estratégia de capacitação e empoderamento dos pais e cuidadores, contribuindo para a mudança de comportamentos alimentares e a melhoria dos desfechos de saúde na infância. Desta forma, a produção da cartilha educativa fundamenta-se na importância de aproximar o conhecimento científico da prática diária no cuidado das crianças, enfatizando a articulação entre teoria e intervenção educativa na saúde.

OBJETIVO

Produzir cartilha educativa que reúna recomendações fundamentadas sobre alimentação saudável para crianças de 2 a 6 anos, direcionada a pais e/ou cuidadores de territórios da Atenção Primária à Saúde. O material tem o intuito de subsidiar ações, promover a capacitação dos responsáveis e contribuir para a prevenção de agravos nutricionais, fortalecendo a promoção de saúde e incentivando mudanças nos hábitos alimentares desde a primeira infância.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: peessoacynthia6@gmail.com.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica de revisão integrativa com abordagem qualitativa, desenvolvida em três etapas. Inicialmente, realizaram-se buscas sistemáticas nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e LILACS, utilizando os descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Nutrição Infantil” e “Dieta Saudável”, com recorte temporal de 2013 a 2023. A aplicação de critérios rigorosos de inclusão e exclusão permitiu a seleção de 20 artigos que forneceram o embasamento teórico necessário para a construção do conteúdo da cartilha. Em seguida, foi elaborada a proposta de material educativo, com redação clara e utilização de ilustrações atrativas (desenvolvidas via Canva) que facilitam a compreensão mesmo por indivíduos com menor escolaridade. Por fim, a cartilha foi submetida à validação por um Comitê de Especialistas, que utilizou um questionário estruturado com escala Likert para avaliar aspectos de conteúdo, design e adequação cultural. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado para confirmar a confiabilidade dos itens, conforme recomendam os referenciais de Pasquali e Bardin (2).

RESULTADOS

A etapa inicial da revisão integrativa resultou na captação de 9.347 artigos, dos quais 20 atenderam aos critérios de inclusão e foram analisados em detalhes. A síntese dos estudos identificou dois grandes eixos: questões gerenciais e operacionais dos serviços de saúde no contexto do modelo assistencial hegemônico, e as percepções e crenças dos pais quanto aos desafios e facilitadores para oferecer uma alimentação saudável. Os dados evidenciaram que, apesar dos avanços institucionais, ainda existem limitações práticas na operacionalização de políticas como a do PNAN, bem como uma lacuna na produção científica que aborde especificamente a experiência dos pais e cuidadores. Quanto à cartilha educativa, a aplicação do questionário de validação aos especialistas indicou altos níveis de concordância em relação à clareza, relevância e adequação cultural do material, com IVCs superiores aos pontos de corte estabelecidos. Os juízes valorizaram a abordagem didática, o uso de linguagem simples e a composição visual que facilitam a transmissão das recomendações nutricionais, o que sugere que o material pode ser efetivamente utilizado para promover mudanças de comportamento e apoiar a ação das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A validação da cartilha educativa demonstra que o material é claro, acessível e culturalmente adequado para orientar pais e/ou cuidadores quanto à alimentação saudável na infância. Os altos índices de validade confirmam sua pertinência no contexto da Atenção Primária à Saúde, evidenciando seu potencial para preencher lacunas informacionais e promover práticas alimentares mais adequadas. Entretanto, a revisão integrativa revelou que poucos estudos abordam as percepções dos responsáveis, indicando a necessidade de novas pesquisas que aprofundem essa dimensão. Assim, a cartilha não só emerge como ferramenta educativa eficaz, mas também como um instrumento que pode estimular intervenções de saúde mais integradas e adaptadas às realidades das famílias, contribuindo para a prevenção de agravos nutricionais e a melhoria da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Ssaúde; 2013.
- (2) Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA EM AMBIENTES VIRTUAIS DO BRASIL

Anabel Rojas-Carmona¹

Maria Lúcia Magalhães Bosi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um fenômeno complexo e multidimensional, tão antigo tanto quanto a medicalização dos processos do ciclo vital feminino, mas ignorado por muito tempo. Nas últimas décadas, vem sendo cada vez mais problematizado e referido na literatura científica, na formulação de políticas públicas, nos construtos legais e no ativismo social, num marco de disputas epistêmicas e políticas. Tal fenômeno se manifesta em processos contemporâneos de uma sociedade pós-moderna, na qual o acesso e uso dos recursos virtuais na internet, aparecem como uma extensão ou ampliação da vida, que também reproduz processos de vida e adoecimento. Os meios de informação têm se transformado, adotando a lógica do espetacular e do superficial, e se adaptando ao fato de que seu consumo se dá pelos “canais sedutores da informação” em diminuição da discussão entre particulares, (1) na sociedade pós-moderna, as redes sociais virtuais têm um papel preponderante em diferentes dimensões da vida social.

No campo da saúde, o uso de tecnologias de informação em redes sociais

virtuais tem aumentado, gerando mudança nas relações e práticas de saúde (2). Dada a importância do uso das redes sociais na atualidade, faz-se necessárias as pesquisas para visualizar as redes virtuais como objeto de estudo, como estratégia de divulgação (3) e como dispositivo de cuidado no campo da saúde.

OBJETIVO

Se problematizou e subscreveu a violência obstétrica como objeto de pesquisa na rede social Facebook no marco de uma concepção hologramática do fenômeno (4). Buscamos compreender: como se revelam experiências sobre violência obstétrica na rede social Facebook no Brasil? Quais conceitos de violência obstétrica têm sido construídos e circulados? Que atores estão envolvidos? Quais narrativas dominantes? Qual vínculo dos discursos construídos nas redes sociais para o campo da saúde coletiva?

METODOLOGIA

Este estudo abrange todos os momentos que a pesquisa em saúde requer, reconhecendo que a vida virtual faz parte de nosso contexto e que o ambiente virtual faz parte das realidades e culturas cotidianas das pessoas, assim, a proposta metodológica foi uma pesquisa qualitativa em ambientes virtuais, se afilia ao paradigma interpretativo, sob uma perspectiva fenomenológico-hermenêutica crítica. Para

¹ Licenciatura en Enfermería, Universidad del Mar, Campus Puerto Escondido, Oaxaca, México. E-mail: anabel.rojas.carmona@aulavirtual.umar.mx

produção das informações, foram usadas postagens da rede social Facebook, Brasil. Utilizamos como estratégia discursiva, narrativas em torno da violência obstétrica postadas no Facebook. A busca foi em fanpages e foram consideradas todas as postagens de maio de 2019 a junho de 2023, a produção de informações foi no outubro de 2023. O material empírico discursivo para análises foi sistematizado e categorizado consoante o quadro teórico e registrado, com base no procedimento da web scraping. Usei como ferramenta de auxílio o software ATLAS ti Web na categorização das informações. A pesquisa respeitou as normas éticas das pesquisas que envolvem seres humanos, obtendo aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP nº: 6.427.186).

RESULTADOS

Foram incluídas 1312 publicações de 19 fanpages da rede social Facebook do Brasil. No processo de pre-categorização, considerei os seguintes núcleos de sentido que constituíram a rede de significados: concepções e abrangência da violência obstétrica circulando no Facebook, atores sociais envolvidos nas narrativas da violência obstétrica, narrativas sobre violência obstétrica e o Facebook como dispositivo de cuidado no Campo da Saúde.

Os resultados da pesquisa mostram que as narrativas que circulam sobre a violência obstétrica nas páginas do Facebook no Brasil aludem à violação dos Direitos humanos das mulheres, a procedimentos e manobras médicas desnecessárias e sobre a (des) humanização do parto. Os atores envolvidos são principalmente mulheres-mães, profissionais da saúde, profissionais do direito, influencers e instituições e coletivos que geram o conteúdo digital e tece a agenda na discussão do fenômeno. As postagens têm uma conotação de denúncia sobre casos acontecidos, de convite para denúncia legal e um eixo informativo sobre diversas vertentes implicadas no fenômeno, mas, também os discursos são mediados e encaminhados na trajetória dos interesses políticos e econômicos prevalentes no momento histórico.

Outra questão apontada nos resultados da pesquisa tem a ver com o que acontece com as plataformas digitais, seu uso e afluência dos discursos dependem do uso que globalmente ocorre com uma plataforma particular; no caso do Facebook, foi visível que as publicações diminuíram porque com o decorrer do tempo a gente usuária da rede social, vem mudando para o Instagram, o TikTok ou outras plataformas, o que se deve à velocidade em que acontecem fenômenos na vida digital, característica própria da era pós-moderna da nossa sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Fenômeno da violência obstétrica transcende os espaços e cenários físicos tradicionais de atendimento às mulheres, como são hospitais ou maternidades para o ciberespaço e foi desvelado nas narrativas do Facebook. A concepção hologramática da violência obstétrica é útil para uma aproximação inovadora, permite repensar e ampliar a perspectiva do momento da vida sexual e reprodutiva das mulheres na que pode acontecer. A análise das postagens compartilhados permitiu identificar atores implicados no fenômeno que de outro jeito possivelmente não ficariam vinculados, o caso dos

profissionais advogados que estabeleceram uma rede profissional. As redes sociais virtuais podem ser sim, dispositivos de cuidado para diversas condições de saúde – doença- atenção. Os achados desta pesquisa comprovam a borrosidade, fluidez e complexidade da violência obstétrica, e a necessidade de uma epistémé com essas características, para gerar políticas públicas satisfatórias para seu combate.

REFERÊNCIAS

- (1) Lipovetsky G, Charles S. Los tiempos hipermodernos. Barcelona: Editorial Anagrama; 2006.
- (2) Griffiths F et al. Social networks: the future for health care delivery. Soc Sci Med. 2012; 7(12):2233-2241. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.023.
- (3) Mercado-Martínez FJ, Huerta-Francisco VA, Urias-Vázquez JE. Redes sociales virtuales y Salud: una experiencia participativa sobre la enfermedad renal crónica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2019; 23.
- (4) Rodrigues A. Violência obstétrica: Experiências de mulheres no nordeste do Brasil. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

“VIVAS, VIVAS! NEGO BISPO! EU ESTAREI VIVO, MESMO ENTERRADO.”

Yuri Silva Ferreira De Souza ¹

Roberta Gondim de Oliveira

Andre Luiz da Silva

Leandro Augusto Goncalves Pires

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Antônio Bispo dos Santos, o mestre Nêgo Bispo, iniciou a sua vida no dia 10 de dezembro de 1959 no vale do Rio Berlingas, no Piauí. Confluindo nas lutas e nas festas, com sua extensa contribuição contracolonial, tornou-se ancestral no dia 03 de dezembro de 2023. Lavrador, nos mostrou por meio da relação orgânica com a terra e outros seres que precisamos nos envolver e não nos desenvolver, afirmando o seu modo de vida circular contra a colonialidade (1). Afinal: “A terra dá, a Terra quer”. A partir dos seus ensinamentos, apresentou o modo de vida quilombola como horizonte, futuro, possibilidade de luta e de festejo em contraposição à colonialidade que nos foi imposta. Como ele dizia, se passarmos para as próximas gerações o que ele nos passou, mesmo enterrado, seguiria vivo. Com essa bela responsabilidade, nós, seus confluente e familiares, produzimos uma programação nacional de eventos por diversas aldeias, quilombos e favelas, em dezembro de 2024, um ano após o seu encantamento. Intitulado “Vivas, vivas! Nego Bispo!”, perseguimos a pergunta “O que o Mestre gostaria que fizéssemos em sua homenagem?”, buscando honrar e ecoar o pensamento contracolonial, construindo cada detalhe e performance dos eventos a partir das confluências indicadas pelo mestre.

OBJETIVO

Objetivamos apresentar a experiência de um dos eventos da programação, realizado no Rio de Janeiro, em um território de favela, na Maré. Na experiência, apostamos em ações e atividades que contrapõem formas eurocristãs monoteístas de organizar eventos, em que poucos falam e o corpo não vibra., promovendo a circularidade na divulgação e no compartilhamento de conhecimentos e saberes. Confluindo, buscamos garantir o protagonismo dos conhecimentos periféricos no diálogo com confluente acadêmicos.

METODOLOGIA

Tivemos como nosso sul a cosmofilia pagã e politeísta do Mestre Nego Bispo para a produção do evento e realização do nosso desejo de homenageá-lo. No contexto do Rio de Janeiro, considerando que as favelas são os locais de resistência e enfrentamento do povo contra a colonialidade, apostamos que promover o encontro entre povos originários, quilombolas e favelados nesse território iria provocar

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: yurisfs@id.uff.br.

um efeito que o mestre sempre celebrava: “fazer o asfalto derreter”. Realizado no complexo da Maré, confluímos com diversas parcerias locais e tivemos à nossa disposição um espaço multiuso de fácil acesso, o Centro de Artes da Maré, um galpão que nos permitiu ousar na organização das atividades, por ter diversos recursos. Realizamos uma roda contracolonial pautada pela circularidade, na confluência entre a favela, o quilombo e a aldeia, na qual os confluentes circularam a palavra entre os presentes. Entendendo como central o papel da comida nas nossas relações e para a nossa luta, articulamos com cozinhas locais a produção e a distribuição de um almoço coletivo, uma feijoada, garantindo o fortalecimento da economia local e a prática da filosofia do Mestre de que a comida nos conecta. Além disso, para a composição estética do espaço convidamos artistas que afirmam a circularidade, a vida em comum e a cosmo filia.

O evento resultou em um dia de confluências e festa. Se iniciou com uma mística conduzida pelo indígena Anapua'ka Tupinambá, onde todos os participantes evocaram um canto de seu povo. Em seguida, tivemos falas do geógrafo Cleber Ribeiro, educador e diretor da Uniperiferias; o pedagogo das encruzilhadas e suburbano carioca Luiz Rufino; a ribeirinha do Rio Marataoá, educadora e agente cultural Mona Lima, neta do mestre Nêgo Bispo; a educadora, historiadora, gestora cultural e pesquisadora ativista das relações raciais e de gênero e dos direitos de populações de favelas, Pâmela Carvalho; o professor e filósofo afroperspectivista, Renato Nogueira; e a educadora e matriarca Zilda Chaves, a Dona Zilda, uma das fundadoras da Escola Quilombista Dandara, no Complexo do Alemão; o historiador João Bamiléké Monteiro, Pernambucano e mestre Juremeiro. Um quadro do mestre Nego

Bispo compôs o espaço da roda e a artista visual Pérola Santos, descendente do Quilombo Ivaporunduva, pôde compartilhar conosco o processo da sua produção. Fechando a roda, a cantora e sambista Nina Rosa cantou para nós e conosco. Em seguida, todos os participantes se serviram com uma feijoada cozinhada por uma empresa local e familiar de refeições, enquanto conversavam e escutavam músicas que nos lembravam do mestre. Após o almoço, tivemos uma apresentação de palhaçaria feita pelo artista João Carlos Artigos, que nos provocou a ser parte do seu espetáculo. Para concluir em festa, o Cordão do Prata Preta conduziu um cortejo com música e celebração.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Realizamos o nosso desejo inicial: festejar e celebrar a vida de Nêgo Bispo com os seus confluentes e fazer circular mais e mais os ensinamentos do mestre. Apesar da sensação de que teríamos tirado um sorriso do mestre, é preciso pontuar limites: tivemos dificuldades com a divulgação, o que provocou a presença maciça de pessoas que já conheciam o mestre, alcançando poucas pessoas que nunca tiveram contato com a formulação contracolonial dele. Acreditamos que a articulação com agências periféricas de divulgação podem ser a resposta para este problema em eventos futuros. Os registros do evento foram outro problema, pois perdemos a oportunidade de amplificar momentos e falas que marcaram os participantes e não foram registradas na sua completude. O evento, que durou um dia inteiro, tornou-se desgastante, muitos participantes nos deixaram após o almoço. Acreditamos

que redimensionar a programação, alternando as atividades culturais e as rodas de conversa, seja uma possibilidade.

REFERÊNCIAS

(1) Santos AB. Quilombos, modos e significados. Brasília, DF: INCTI/UnB; 2015.

VOCÊ QUER ULTRAPROCESSADOS?!: O TEATRO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE CONSUMO PARA O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL

Maria Caputo ¹

Adson Miranda Conceição

Ana Júlia Sousa da Hora Pereira

Daniel Araújo Almeida

Esteva dos Santos Freitas

Fernanda Borges de Barros Rodrigues

Jean Víctor Soares Silva

Nisba Vergara

Sofia Miranda Nunes

Yandra Oliveira Argolo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nosso sistema alimentar, baseado na produção de commodities para a fabricação de alimentos processados e ultraprocessados, tem impactos ambientais e à saúde humana. Este modelo contribui para mudanças climáticas e taxas alarmantes de obesidade, doenças cardíacas, cânceres e diabetes (1) assim como. Além disso, o uso de agrotóxicos nesses alimentos representa um risco duplo: à saúde dos consumidores e ao meio ambiente. Diante disso, surge a necessidade urgente de promover uma alimentação mais saudável e sustentável, discutindo os impactos do consumo de ultraprocessados e os riscos associados aos resíduos de agrotóxicos nesses produtos. Inspirada por esses desafios, a peça teatral “*Você quer ultraprocessados?!?*”, desenvolvida pelos estudantes da ACCS: Promoção da Saúde e Qualidade de Vida 2024.2 da Universidade Federal da Bahia, em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE), busca sensibilizar jovens para escolhas alimentares mais conscientes, unindo educação, saúde e arte.

OBJETIVO

Informar crianças e adolescentes sobre os perigos do consumo de alimentos ultraprocessados e a presença de resíduos de agrotóxicos nesses produtos, incentivar reflexões críticas sobre as condições socioeconômicas e políticas que dificultam o acesso a uma alimentação saudável, estimular mudanças de atitude e práticas alimentares mais saudáveis no cotidiano escolar e familiar.

METODOLOGIA

A peça teatral foi desenvolvida a partir dos princípios da Educação Popular em

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: caputo@ufba.br.

Saúde (2) e apresentada em oito escolas públicas de Salvador. A narrativa acompanha a personagem Duda em diferentes fases da vida – infância, juventude e velhice –, explorando de forma lúdica como os agrotóxicos afetam a saúde ao longo do tempo. Foram utilizados os dois volumes de “Tem veneno nesse pacote” do IDEC, (3,4) que apresentam dados laboratoriais sobre a presença de resíduos de agrotóxicos em alimentos ultraprocessados (produtos analisados incluem biscoitos, refrigerantes, salgadinhos e embutidos, entre outros, que revelaram resíduos de 13 tipos de agrotóxicos, como glifosato e malationa), e foram realizadas pesquisas sobre os impactos desses agrotóxicos na saúde humana. Cada apresentação foi estruturada em três etapas: introdução ao tema, encenação teatral e um momento de interação com os alunos, permitindo o esclarecimento de dúvidas e o estímulo a reflexões críticas sobre hábitos alimentares.

RESULTADOS

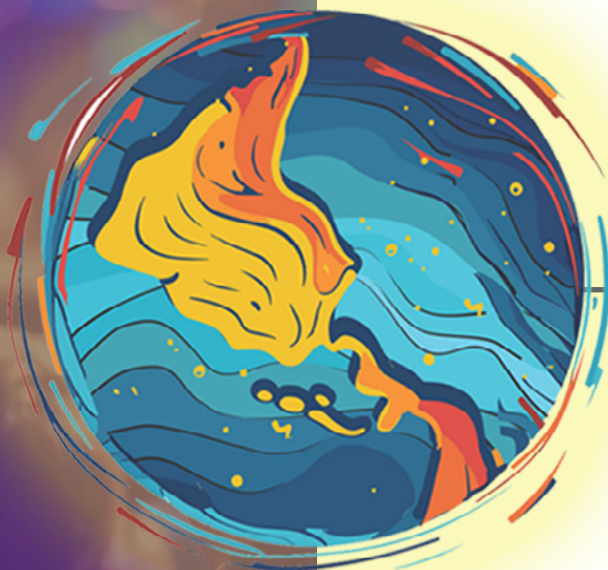
a iniciativa gerou grande impacto nas comunidades escolares, provocando surpresa, reflexões críticas e mudanças de percepção entre alunos, professores e funcionários. Alguns estudantes expressaram decepção ao descobrir os efeitos nocivos dos ultraprocessados e a presença de agrotóxicos, interagindo ativamente, como no caso de um aluno que afirmou: “Bono, estou decepcionado com você, eu gostava de você.” Foi questionado o custo financeiro de uma alimentação saudável, evidenciando consciência de classe e das desigualdades sociais. Professores e funcionários relataram espanto com as informações e consideraram o tema relevante para ampliar debates em sala de aula. Os estudantes da ACCS descreveram a experiência como transformadora, proporcionando crescimento acadêmico, pessoal e profissional, também relataram maior conscientização sobre os aspectos políticos e econômicos relacionados à alimentação e à saúde pública.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A peça teatral “*Você quer ultraprocessados?!*” foi um exemplo de sucesso ao unir ciência, arte e educação popular, tornando acessível um tema complexo como são os efeitos na saúde dos agrotóxicos presentes nos alimentos processados e ultraprocessados. A maioria demonstrou mudanças de atitude e maior atenção às escolhas alimentares. Com os estudantes da ACCS foram geradas discussões sobre desigualdades sociais, políticas públicas e o papel das indústrias alimentícias. É importante a expansão do alcance do projeto para mais escolas e comunidades vulneráveis, por esse motivo a peça foi gravada como parte do esforço para disseminar o conteúdo e inspirar ações contínuas de educação alimentar entre jovens e suas famílias. A experiência reafirmou o papel transformador da extensão universitária na promoção da saúde e na construção de uma sociedade mais consciente, equitativa e saudável.

REFERÊNCIAS

- (1) Louzada MLC, Costa CS, Souza TN, Cruz GL, Levy RB, Monteiro CA. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo [Internet]. Cad Saúde Pública. 2021;37(Suppl 1):e00323020 [citado 2025 Mar 13]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00323020>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
- (3) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Tem veneno nesse pacote [Internet]. São Paulo: IDEC; 2021 [citado 2025 Mar 13]. Disponível em: https://idec.org.br/system/files/ferramentas/idec_cartilha_tem-venenonesse-pacote.pdf
- (4) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Tem veneno nesse pacote: volume 2 [Internet]. São Paulo: IDEC; 2022 [citado 2025 Mar 13]. Disponível em: https://idec.org.br/system/files/ferramentas/idec_tem-veneno-nessepacote_volume-2_0.pdf



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 3: DERECHOS SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD

EIXO 3: DIREITOS SOCIAIS E EQUIDADE NA SAÚDE

Cartel/Poster

EJE 3: DERECHOS SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD/ EIXO 3: DIREITOS SOCIAIS E EQUIDADE NA SAÚDE

Cartel/Poster

A ABORDAGEM PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO DAS POPULAÇÕES TRANSEXUAL E TRAVESTI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	369
A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE AÇÕES ESPECÍFICO PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA VENEZUELANA WARAO: UMA EXPERIÊNCIA DE UMA UBS NO MUNICÍPIO DE BETIM-MG.....	372
A EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO SANITÁRIA NO BRASIL: DESAFIOS E INFLUÊNCIAS LEGISLATIVAS NA ATUAÇÃO DA ANVISA	375
A FAVELA VENCEU? NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA: VOZES ADOLESCENTES SOBRE VIOLÊNCIA POLICIAL E DIREITOS HUMANOS EM SALVADOR.....	378
A INTERSETORIALIDADE NA AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE: ALGUNS CONSENSOS.....	380
A NECESSIDADE DAS AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO DO SUS.....	383
ABORTO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: ENTRE A MARÉ VERDE E A ONDA CONSERVADORA.....	386
ACCESO A LIGADURA TUBARIA: ANÁLISIS DE LAS TRAYECTORIAS Y EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA, LA PAMPA.	388
ACESSO A FÓRMULAS NUTRICIONAIS NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI NA BAHIA PROMOVENDO POLÍTICA DO CUIDADO E SAÚDE INTEGRAL A POPULAÇÃO	391
ACESSO AOS DIREITOS POR MEIO DA TECNOLOGIA: RELATO DO PROJETO DE ORIENTAÇÃO SOCIAL “TIRA-DÚVIDAS”	394
AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS COM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DENTRO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	396
AÇÕES EXTENSIONISTAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A PROPAGAÇÃO DE INFORMAÇÕES ACERCA DO COMBATE AO CÂNCER DE PRÓSTATA–UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	399
ACOMPAÑAMIENTO SINDICAL Y PROMOCIÓN DE DERECHOS. RELATO DE UNA EXPERIENCIA JUNTO AL SINDICATO DE LA INDUSTRIA DE LA MADERA EN URUGUAY.....	402
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO SEXUAL NA CONJUNTURA ESCOLAR	405
ALEITAMENTO POR HOMENS TRANS E SUAS PARCERIAS: AVANÇOS E DESAFIOS.....	408
ANÁLISE DAS BARREIRAS DE ACESSO AO PRONTO ATENDIMENTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O USUÁRIO DO SUS	410
ANÁLISE HISTÓRICA-DOCUMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ECONOMIA DA SAÚDE BRASILEIRA: DESAFIOS PARA A EQUIDADE E DIREITOS SOCIAIS.....	412
APLICAÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	415
AS NOVAS RELAÇÕES DE TRABALHO: SAÚDE E DIREITO DO TRABALHADOR	417

ASPECTOS DA POBREZA MENSTRUAL EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REFLEXÃO TEÓRICA	420
AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DISCIPLINA DE QUALIDADE DE VIDA DA UNISER/UNB	423
AVALIAÇÃO DO PERFIL IMUNOLÓGICO DE ADULTOS MAIS VELHOS SEGUNDO AS REGIÕES BRASILEIRAS: RESULTADOS DO ELSI-BRASIL.....	426
AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS	429
BARREIRAS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE PESSOAS EM REGIÃO FRONTEIRIÇA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA TRÍPLICE FRONTEIRA (ARG/BRA/PAR)	432
BRINCADEIRAS QUE EDUCAM: AÇÕES EXTENSIONISTAS SOBRE SAÚDE E SEXUALIDADES.....	434
CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	437
CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES AFROCOLOMBIANAS DE BASURÚ, CHOCÓ, COLOMBIA (2021-2022).	440
COFINANCIAMENTO ESTADUAL DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA COMO ESTRATÉGIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	442
COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SE PREPARA PARA AS QUESTÕES ENVOLVENDO O USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS NO BRASIL: DESABASTECIMENTO E DEPENDÊNCIA DO MERCADO INTERNACIONAL.....	445
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DE MULHERES NA MENOPAUSA.....	448
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO: UMA FERRAMENTA PARA O LETRAMENTO EM SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO	450
CONTRIBUIÇÕES DO PET-SAÚDE EQUIDADE PARA A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS 6 MESES DO PROGRAMA PATHOS	453
CRIANDO PONTES DE INCLUSÃO COM A APAE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	456
CUIDADO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MENTAL EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE. UMA REVISÃO NARRATIVA	459
CUIDADO FAMILIAR E ENVELHECIMENTO: A PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO NO ÂMBITO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA.....	462
CUIDADO OBSTÉTRICO PARA PESSOAS TRANS EM UMA MATERNIDADE ESCOLA NA BAHIA.....	465
DE PORTA EM PORTA: COMPREENDENDO OS FAZERES DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE.....	468
DEFICIÊNCIA NA ARTRITE REUMATOIDE: UMA VISÃO AMPLA	471
DETERMINAÇÕES ESTRUTURAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA.....	475
DÍÁLOGO COLETIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM FÓRUM EM DEFESA DAS PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE EM PERNAMBUCO	478

DIÁLOGO E FORMAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA LAPA: PROMOVENDO O ATENDIMENTO INCLUSIVO E EMPÁTICO À POPULAÇÃO TRANS E TRABALHADORES DO SEXO	481
DIREITO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL E PROMOTOR DE EQUIDADE: O CASO DA PESQUISA NASCER NO BRASIL/FIOCRUZ	484
DIREITO NO PET-SAÚDE: UM OLHAR JURÍDICO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS TRABALHADORAS DO SUS BETIM, MG	487
DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS EM CONTEXTO DE USO DE DROGAS E OUTRAS VULNERABILIDADES	490
DO “NÃO” À ESCUTA: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA.....	493
EDENTULISMO: IMPACTO E DESAFIOS NO BRASIL.....	496
EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL PARA JOVENS E ADOLESCENTES EM ESCOLAS DE VALENÇA-RJ – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	498
EDUCAÇÃO FÍSICA, INTERSETORIALIDADE E TERRITÓRIO: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO MUNDO DO TRABALHO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA VILA ITATIAIA – GOIÂNIA-GO.....	501
EDUCAÇÃO MÉDICA E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ATUAÇÃO LONGITUDINAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA CIDADE DE CURITIBA/PR.	504
EDUCA-TRABALHADOR: INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE HOSPITALARES.....	507
EL SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR: ANÁLISIS DE SUS LOGROS Y DESAFÍOS EN EL PERÍODO 2015-2022.....	510
ENTRAVES NO ACESSO AO DIU DE COBRE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO A PARTIR DE SUAS USUÁRIAS	513
ENTRE BARRAGENS E RESISTÊNCIAS: EDUCAÇÃO POPULAR E MOVIMENTOS SOCIAIS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	516
ENTRE DIREITOS E BARREIRAS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	519
ENTRE GERAÇÕES: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES EM AÇÕES EXTENSIONISTA COM IDOSOS.....	522
ENTRE RETROCESSOS E REINVENÇÕES: O TRABALHO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL COMO PRÁTICA DE CUIDADO E RESISTÊNCIA	525
ESTRATÉGIA DE PROTEÇÃO PATENTÁRIA DE MEDICAMENTOS CONTENDO SEMAGLUTIDA E ENTRAVERES PARA O ACESSO.....	528
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E ASSISTÊNCIA A PUÉRPERA, NEONATO E FAMÍLIAS MIGRANTES EM UMA MATERNIDADE NO RIO DE JANEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	531
EXPERIÊNCIA DA VACINAÇÃO E DA INTERGERACIONALIDADE: DO CAMBATE A DESINFORMAÇÃO À GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE.....	534
EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN CICOP: CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO EN SERVICIOS DE SALUD DE EFECTORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA	537

EXPERIÊNCIAS DE USO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) PARA HIV POR MULHERES CISGÊNERO E TRANSGÊNERO.....	540
EXPOSIÇÃO CHEGADAS E PARTIDAS – DIGNIDADE AO PARIR, DIGNIDADE AO PARTIR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DE DIREITOS HUMANOS NO ESTADO DO AMAZONAS	543
FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS DO SONO EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE POPULACIONAL.....	546
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	549
(IN)DIGNIDADE MENSTRUAL EM DEBATE: REFLEXÕES PROPORCIONADAS PELO ELOSS/PROSS	552
INIQUIDADES NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: REFLEXÕES NO PET-SAÚDE EQUIDADE.....	555
JORNADAS DE GERONTOLIZACIÓN A FUNCIONARIOS DE UN HOSPITAL COMUNITARIO EN CHILE.....	558
LA MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA: UN ENFOQUE EN LA DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD.....	561
LIGA ACADÊMICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	564
MULTIMORBIDADE: ASPECTO IMPORTANTE QUE PODE SER VIVENCIADO NO ADOECIMENTO DA PESSOA IDOSA.....	567
O ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL E A AÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....	570
O IMPACTO DO TETO DE GASTOS NA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	573
O PESO DA PALAVRA: PLANEJAMENTO, DESEJO E IMPREVISIBILIDADE DE GESTAÇÕES PALAVRA	576
O PESO DO ENVELHECIMENTO: NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS QUE VIVEM EM CONTEXTOS RURAIS, BRASIL, 2011 A 2022	579
O PET-SAÚDE E SEU PAPEL NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES ENTRE TRABALHADORAS DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	582
O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E OS ITINERÁRIOS DE CUIDADO DE MULHERES GESTANTES EM SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SOBRE OS MARCOS REGULATÓRIOS DE DIREITOS DO SUS	585
O PROGRAMA MOEDA SOCIAL ARARIBOIA COMO GARANTIA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA CIDADE DE NITERÓI/RJ	587
OBSTÁCULOS PARA ALCANÇAR UMA REFORMA TRIBUTÁRIA SAUDÁVEL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA ATIVIDADE CORPORATIVA DAS INDÚSTRIAS DE REFRIGERANTES, TABACO E BEBIDAS ALCÓOLICAS.....	589
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR. INTEGRALIDADE NO CUIDADO A USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI BAHIA.....	592
PATERNIDADE ADOLESCENTE NO BRASIL: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DE 2019.....	595

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DA COMPLETUDE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS GESTACIONAL EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	598
PET PATHOS E A LUTA CONTRA A INVISIBILIDADE DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE	600
PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS FACILITADORAS	603
POLÍTICAS DO CORPO E DO PARENTESCO NO USO DAS BIOTECNOLOGIAS REPRODUTIVAS POR SUJEITOS LGBTQIA+	606
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL E OS DESAFIOS PARA A EQUIDADE REGIONAL DA FORMAÇÃO	609
PREVENÇÃO DE HIV: PRAZER E PREVENÇÃO, SALVANDO VIDAS NA NOITE	612
PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE (INTEGRAL) DA POPULAÇÃO IDOSA: REFLEXÕES SOBRE INTERVENÇÕES EM GRUPO A PARTIR DO VIÉS PSICOSSOCIOLOGICO, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	615
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA NA CAPITAL BAIANA.....	617
PROJETO SER AGENTE: DISCUTINDO O CONTROLE SOCIAL COM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE.....	620
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: A SAÚDE DA MULHER E O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, BOA VISTA, PETRÓPOLIS/RJ.	623
PROJETOS DE VIDA DE JOVENS MÃES PERIFÉRICAS, UMA PERSPECTIVA LONGITUDINAL.....	626
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DA AUTOESTIMA ENTRE TRABALHADORAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE.....	629
REFLEXÕES DE UMA IMIGRANTE HAITIANA NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE SOBRE A BARREIRA LINGUÍSTICA DOS HAITIANOS NO ATENDIMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	632
RELAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO COM O DESFECHO DE ÓBITO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG	635
RELATO DE EXPERIÊNCIA: PRODUÇÃO DE MATERIAL MULTILÍNGUE SOBRE SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP	638
REORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNA INFANTIL NO BRASIL A PARTIR DA REDE ALYNE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	641
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	644
REVISÃO SISTEMÁTICA RÁPIDA: INVESTIMENTO EM SANEAMENTO BÁSICO E REDUÇÃO DE CUSTOS AO SETOR SAÚDE.....	647
SAÚDE LGBTQIA+ E O DIREITO A ENVELHECER NO BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL.....	650
SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: PERCEPÇÕES DA PESSOA IDOSA.....	652
SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL E A VULNERABILIDADE DA MULHER NEGRA: ANÁLISE DE GESTAÇÕES GEMELARES EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO	655

SISTEMAS LABORALES Y CONDICIONES DE SALUD DE LA TRIPULACIÓN DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL	658
SOBRE LA COLABORACION ENTRE ACADEMIA Y TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD: UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN CHILE.....	661
TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS: UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA REPRODUTIVA	664
TENDÊNCIA DE AQUISIÇÃO DA AGRICULTURA FAMILIAR PARA A ALIMENTAÇÃO ESCOLAR NAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO RIO DE JANEIRO.	666
TRAYECTORIA EN EXTENSIÓN UNIVERSITARIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ADOLESCENTES DEL CENTRO JUVENIL BELLA ITALIA, MONTEVIDEO, URUGUAY	670
TRAYECTORIAS ASISTENCIALES EN EL ACCESO A AUDÍFONOS PARA PERSONAS MAYORES: PUNTOS CRÍTICOS PARA EVALUAR LA POLÍTICA GES EN CHILE	673
USO DE CONTRACEPÇÃO POR MIGRANTES VENEZUELANAS NO BRASIL.....	676
VIOLÊNCIA E ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA.....	679
VISIBILIDADE, PREVENÇÃO E RISCOS SILENCIADOS: UMA REVISÃO SOBRE MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE ISTS EM MULHERES LÉSBICAS, BARREIRAS E INVISIBILIDADES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	681
VISITA TÉCNICA EM LAVANDERIA HOSPITALAR: ANÁLISE DE RISCOS OCUPACIONAIS E DA SEGURANÇA NO TRABALHO	684
VOLVIENDO A LOS ORÍGENES DE LA PARTERÍA, LA INTEGRACIÓN DE LAS PARTERAS DE LA COMUNIDAD EN LA CASA DE PARTOS DE JALTENANGO DE LA PAZ EN CHIAPAS, MÉXICO.....	686

A ABORDAGEM PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO DAS POPULAÇÕES TRANSEXUAL E TRAVESTI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Karen Victória de Souza Silva Salgado¹

Gleice Tomaz Policarpo

Júlia Aarão Lopes

Larissa Mayara Fernandes

Maria Gabriela Soares Rodrigues

Rodilaine Santiago Muniz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os termos travesti e transexual se referem a um grupo social marginalizado, não apenas pela sociedade em geral, mas também por profissionais do setor da saúde. Essas populações enfrentam repúdio e preconceito devido à sua expressão e identidade de gênero (1).

Embora a Atenção Primária à Saúde (APS) seja uma porta de entrada para o SUS, que preza pela universalidade, integralidade e equidade, pessoas trans e travestis encontram dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Os profissionais de saúde muitas vezes se mostram resistentes ao atendimento e ao uso do nome social, uma questão fundamental para esses indivíduos (1).

O nome social é um direito que respeita a identidade de gênero, promovendo inclusão e acolhimento. Sua utilização correta no atendimento de saúde demonstra o preparo dos profissionais. Porém, a resistência em adotar o nome social gera desrespeito e afasta essas populações dos serviços de saúde, criando um ambiente de exclusão (2).

Esse contexto discriminatório motivou a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em 2011, para garantir um atendimento mais equitativo e reduzir desigualdades no acesso à saúde (3). Porém, a falta de competência cultural entre os profissionais de saúde continua sendo um desafio, exigindo capacitação contínua para superar barreiras e promover um atendimento mais inclusivo.

OBJETIVO

O objetivo do artigo é analisar os aspectos gerais associados à abordagem profissional no atendimento das populações trans e travestis na Atenção Primária em Saúde, destacando os impactos que podem ser gerados diante de uma prática de cuidado intolerante e pouco acolhedora na vida do usuário do sistema de saúde pública.

METODOLOGIA

A metodologia aplicada envolveu a seleção de dados provenientes da Associação Nacional de Travestis e Transexuais, os quais se encontram relacionados com o quantitativo de homicídios dessas

1 Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: karenvsss@alu.unifase-rj.edu.br

populações entre os anos de 2017 e 2023. Tais estatísticas foram encontradas pelo dossiê publicado pela organização no ano de 2024.

Além disso, foi utilizado o Boletim Epidemiológico Paulista relacionado ao cuidado das populações trans, publicado no ano de 2022, como outra ferramenta de estudo para a elaboração do artigo e o entendimento da necessidade de inserção de uma abordagem diferencial no atendimento das populações trans e travesti por parte dos profissionais provenientes da Atenção Primária em Saúde.

Portanto, os materiais selecionados como objetos de estudo foram capazes de fornecer a dimensão da gravidade do cenário em que esse grupo social se encontra no Brasil, o qual se trata de um país que lidera, ao longo de muitos anos, o quantitativo de homicídios de travestis e transexuais, sendo este último mais atingido no grupo de mulheres transexuais (4).

RESULTADOS

O estudo sobre o acesso de pessoas trans à Atenção Primária à Saúde (APS) revela desafios que reforçam desigualdades estruturais e comprometem os princípios de equidade do SUS. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT), de 2011, propõe diretrizes inclusivas, mas sua aplicação esbarra na falta de capacitação dos profissionais, invisibilidade social e ausência de indicadores de saúde específicos (1).

O atendimento na APS é frequentemente negativo, marcado por violência institucional, como a não utilização do nome social, apesar de ser um direito garantido. Essa falha reflete a falta de preparo das equipes, resultado da escassez de temas sobre diversidade sexual e de gênero nos cursos de saúde. Essas falhas afastam as pessoas trans dos serviços regulares, limitando o atendimento a emergências e agravando suas vulnerabilidades (1).

O Manual de Acolhimento de Transexuais e Travestis na APS, desenvolvido na USP, sugere soluções para melhorar o quadro. Destaca o respeito ao nome social, a capacitação contínua das equipes, a humanização no atendimento e a criação de ambientes acolhedores. Além disso, propõe cuidados integrais, como o acompanhamento da terapia hormonal, suporte psicossocial e a promoção da saúde sexual (5).

Apesar disso, ainda existem obstáculos como resistência profissional, recursos limitados e barreiras institucionais. Superar essas dificuldades é essencial para tornar a APS acessível e equitativa, reduzindo as desigualdades enfrentadas por essa população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, a abordagem profissional na APS para pessoas transexuais e travestis ainda enfrenta desafios estruturais, como a falta de capacitação e violência institucional. Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT tenha avançado em na inclusão, sua implementação permanece limitada.

O respeito ao nome social e a humanização do atendimento são essenciais para reduzir as barreiras ao acesso à saúde. A adoção de diretrizes como as do Manual de Acolhimento de Transexuais e Travestis na APS pode transformar o cenário, promovendo o cuidado mais equitativo e seguro para essas populações.

REFERÊNCIAS

- (1) Okano SHP. Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?. *Bol Epidemiol Paulista*. 2022;19:1-40.
- (2) Furness BW *et al*. Transforming primary care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people: a collaborative quality improvement initiative. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):292-302. Doi:10.1370/afm.2542.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 12 março 2025]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>.
- (4) Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Assassinatos. 22 Jan. 2018 [acesso 12 março 2025]. Disponível em: antrabrazil.org/assassinatos/.
- (5) Magalhães LG, Chiesa AM. Manual de acolhimento de Transexuais e Travestis (TT) à Atenção Primária à Saúde (APS). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2023 [acesso 12 março 2025]. Disponível em: https://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Acolhimento_Transexuais.pdf.

A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE AÇÕES ESPECÍFICO PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA VENEZUELANA WARAO: UMA EXPERIÊNCIA DE UMA UBS NO MUNICÍPIO DE BETIM-MG

Natália Priscila Mota de Abreu ¹

Dálian Cristina Rocha

Túlio Mourão Oliveira

Elizângela Gonçalves de Souza

Charles Aparecido Almeida Meira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O registro de povos indígenas venezuelanos da etnia Warao no Brasil é uma realidade desde 2019. Em Betim/MG a chegada do primeiro grupo foi registrada em 2023. No mesmo ano, aproximadamente 25 famílias chegaram à Ocupação Terra Mãe.

De acordo com a Lei de Proteção dos Imigrantes (1), os Warao, na condição de refugiados, têm assegurado o acesso às políticas públicas e programas de governo em igualdade de condições com os brasileiros, contudo, segundo Nogueira (2), garantir efetivamente acesso à rede requer uma atenção diferenciada enquanto pessoas indígenas.

Frente ao desafio que é cuidar de uma população tão específica e em contexto de grande vulnerabilidade social, dilemas se formaram a partir do princípio da universalidade do SUS: por que precisamos cuidar dessa população? Como avançar para o cuidado integral e longitudinal preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (3)? A partir daí a Diretoria Operacional da Saúde, por meio da coordenação da Atenção Primária e das Referências Técnicas, em setembro de 2024 deu início à construção de um Plano de Ações para 2025, juntamente com os profissionais da UBS, responsável pelo território, com a participação do Centro de Referência em Assistência Social e de lideranças comunitárias. Vale lembrar que o cuidado em saúde dessa população no SUS Betim se deu inicialmente de forma fragmentada e pontual.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência da construção conjunta de um Plano de Ações para a UBS Campos Elíseos, na oferta de cuidados programados em saúde para o ano de 2025, junto ao grupo de indígenas venezuelanos da etnia Warao, refugiados na Ocupação Terra Mãe no município de Betim/MG.

1

Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG. E-mail: equidadediopbetim@gmail.com

METODOLOGIA

Dadas as especificidades e vulnerabilidades do povo Warao, foram realizadas intervenções com a comunidade local e com os profissionais envolvidos diretamente no cuidado em saúde dessa população. Por meio do Comitê de Equidades previsto pela Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) foi elaborado material com informações dos Warao: cultura, alimentação, prática de coleta, etc., que foi distribuído na comunidade geral pelas ACS's, bem como, cartazes afixados nos estabelecimentos locais. Para a construção do Plano de Ações, foram realizados encontros entre a Diretoria Operacional da Saúde (DIOP), a UBS, o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e lideranças comunitárias no sentido de sensibilização e articulação das primeiras ações a serem realizadas. Também foi realizada uma reunião com a presença de um representante da Fundação dos Povos Indígenas (FUNAI) para troca de saberes. A partir dos encontros um Plano de Ações foi construído com vistas a estabelecer estratégias que possibilitasse os seguintes eixos: vínculo com a equipe/equipamento de saúde, cadastro na Unidade, diagnóstico situacional, atendimento, promoção e prevenção (incluindo imunização) e controle social.

RESULTADOS

Foram encontrados vários desafios até a construção do Plano de Ações para os Warao: questionamentos da equipe de saúde sobre a irregularidade da ocupação, sobre os direitos dos indígenas enquanto imigrantes e refugiados, sobre a ausência de documentos e a “impossibilidade” de fazer o cadastro, relatos de sobrecarga de trabalho. Contudo, a equipe consolidou um planejamento de ações, que possibilitou uma atenção programada, incluindo na agenda dos profissionais o cuidado com a população Warao. Cabe ressaltar que, até então, as intervenções junto à Ocupação Terra Mãe aconteciam de forma pontual e fragmentada. Atualmente são 8 ações contabilizadas em 2025, incluindo ações de imunização in loco, 18 famílias e 106 indígenas cadastrados na Unidade e que reconhecem o equipamento como um lugar de acesso ao cuidado em saúde, buscando inclusive, atendimento presencial na UBS. Através de lideranças comunitárias parceiras, eles recebem orientações sobre a rede de saúde e já chegaram a acionar, de forma autônoma, o SAMU. Os indígenas também já acessaram os serviços da maternidade, da rede de urgência e emergência e da internação hospitalar (pediatria).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É imprescindível que os trabalhadores do SUS, enquanto política universal de saúde, construam estratégias de acesso para populações vulnerabilizadas. Ainda que as garantias às políticas públicas existam por lei, as barreiras de acesso em forma de preconceito, exclusão social, choques culturais e estigmas precisam ser enfrentadas para que não gerem ainda mais marginalização das populações vulneráveis, como são os indígenas Warao. Ainda é um grande desafio para as equipes de saúde transpor as barreiras linguísticas e culturais dessa população, contudo, a construção do Plano de Ações possibilitou uma aproximação entre a comunidade e o serviço, sistematizou e garantiu a oferta de ações para o ano de 2025 de acordo com as possibilidades reais, tanto da Unidade de Saúde, quanto do território.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Estabelece normas para a imigração e a proteção dos imigrantes. Diário oficial da união. Brasília, df, 25 maio 2017.
- (2) Nogueira D. Reflexões sobre a atenção à saúde que os Warao têm no Brasil e a necessidade de atenção diferenciada à saúde para indígenas em contexto de cidade. Espaço Ameríndio. 2023;17(1):371-80. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/EspacoAmerindio/article/view/131103>.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

A EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO SANITÁRIA NO BRASIL: DESAFIOS E INFLUÊNCIAS LEGISLATIVAS NA ATUAÇÃO DA ANVISA

Paulo Borges Mathias Costa¹

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Christiane dos Santos Teixeira Delphim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A regulação sanitária no Brasil passou por profunda evolução, refletindo mudanças institucionais e políticas para proteger a saúde pública. Até os anos 1990, as atividades de vigilância sanitária eram centralizadas no Ministério da Saúde, com estruturas administrativas tradicionais e pouco ênfase em regulação técnica independente. A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999, marcou uma inflexão: inaugurou-se um modelo de agência reguladora autônoma no setor da saúde, inspirado nas agências independentes já existentes em outros setores. Esse novo arranjo buscou dotar a vigilância sanitária de maior agilidade e expertise técnica, mediante a delegação de poderes normativos (fenômeno da “deslegalização”) pelo Poder Legislativo à Anvisa. Ao longo de sua trajetória, a Anvisa assumiu a responsabilidade de regular uma ampla gama de temas (medicamentos, alimentos, cosméticos, agrotóxicos, entre outros), enfrentando desafios operacionais e também ingerências políticas. A influência do Legislativo tem se manifestado tanto no apoio à agência via formulação de marcos legais (que definem competências e mecanismos de controle), quanto em iniciativas que visam redefinir ou limitar o alcance do poder regulatório da Anvisa. Compreender essa dinâmica histórica é fundamental para avaliar os avanços e desafios atuais da regulação sanitária no Brasil.

OBJETIVO

Investigar a evolução histórica do sistema de regulação sanitária brasileiro, destacando o papel do Poder Legislativo e do processo de deslegalização na definição das competências e da autonomia da Anvisa, bem como os desafios regulatórios decorrentes dessas influências.

METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem exploratória-descritiva, buscando identificar padrões e contradições na legislação que regula a ANVISA. Minayo(1) ressalta a importância da combinação de métodos quantitativos e qualitativos para aprofundar a análise. Utilizando a perspectiva marxista, que destaca a interdependência entre fenômeno e contexto, e a análise de conteúdo de Bardin, o estudo mapeou dados a partir das Bibliotecas Temáticas da ANVISA. O neoinstitucionalismo histórico foi empregado para investigar as interações entre o poder legislativo e a ANVISA(2). A pesquisa legislativa

1 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. E-mail: pauloborges@id.uff.br

foca na atuação substantiva e procedimental da agência, incluindo leis adicionais da literatura para proporcionar uma análise mais ampla do arcabouço regulatório.

RESULTADOS

Dos 137 registros legislativos analisados, 43,06% foram extraídos diretamente das bibliotecas temáticas da ANVISA, enquanto 57% resultaram de registros adicionais, ampliando o escopo da análise. A distribuição dos registros entre 17 macrotemas revelou uma concentração em Alimentos, Gestão Interna, Serviços de Saúde e Medicamentos, com 63 registros. Além disso, temas transversais, somando mais de 48 registros, indicam a necessidade de investigações mais detalhadas sobre suas interações com outros macrotemas. A ausência de legislação específica para áreas como cosméticos e farmacopeia reflete o fenômeno da deslegalização, que amplia a autonomia da ANVISA. No entanto, essa flexibilidade técnica levanta questões sobre a possível prevalência de interesses comerciais sobre a saúde pública, exigindo uma avaliação crítica do equilíbrio entre a regulação industrial e a segurança dos consumidores.

O Poder Constituinte Originário é responsável por 13 matérias legislativas fundamentais para a definição dos princípios da legislação brasileira. O Poder Executivo, com 61 leis, emerge como a principal fonte de iniciativas legislativas, especialmente na área de vigilância sanitária (GODOI, 2011). Em contrapartida, parlamentares individuais propuseram 52 normas, demonstrando um papel ativo no processo legislativo. Conforme Jordão et al. (2019), a ANVISA é uma das três agências reguladoras mais mencionadas em proposições legislativas, com o Executivo convertendo dois terços das iniciativas em normas jurídicas.

Entre os 52 projetos parlamentares, o PT lidera com 10 leis, seguido pelo PMDB (9) e PSDB (8). Isso reflete a estratégia dos partidos em utilizar o legislativo para promover suas agendas regulatórias, tanto no governo quanto na oposição. A análise dos anos de maior produção legislativa (1999, 2003, 2006, 2009, 2013- 2016) destaca a forte influência do Executivo, especialmente em momentos de transição política, como o início de mandatos presidenciais ou o impeachment de Dilma Rousseff. Mesmo em 1999, sob um governo que não incluía o PT, o Executivo manteve seu papel ativo na promoção de leis de regulação sanitária.

Conclusões/Considerações

Este estudo, ao mapear e analisar a legislação que orienta a atuação da ANVISA, contribui para o entendimento das dinâmicas legislativas que moldam a regulação sanitária no Brasil, destacando a necessidade de contínuo aperfeiçoamento das normativas para enfrentar os desafios futuros de saúde pública em um ambiente político e social em constante transformação. Contudo, é importante ressaltar não se pretendeu exaurir a totalidade da construção legislativa existente, mas sim oferecer uma visão mais abrangente e detalhada dos marcos regulatórios e das dinâmicas legislativas que impactam a ANVISA e sua atuação.

REFERÊNCIAS

- (1) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
- (2) Przeworski A. Democracy and the market: political and economic reforms in Eastern Europe and Latin America. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.

A FAVELA VENCEU? NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA: VOZES ADOLESCENTES SOBRE VIOLÊNCIA POLICIAL E DIREITOS HUMANOS EM SALVADOR

Malena Galdina de Sousa¹

Rafaela Azevedo Araújo

Isabele Ferreira de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A necropolítica, conforme a conceituação de Mbembe [1], estabelece-se como um mecanismo estatal de gerenciamento da morte, marcado por recortes raciais e de classe. No contexto brasileiro, essa prática se perpetua por meio de políticas de segurança pública que infringem direitos humanos fundamentais, com particular incidência nas periferias urbanas.

Em 2022, uma roda de conversa realizada com adolescentes de uma escola pública no bairro do Arenoso, em Salvador, revelou que 92% dos participantes expressaram receio em relação a abordagens policiais (dados internos). O Anuário da Violência de 2024 [2], publicado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), registrou um aumento de 18% nas mortes decorrentes de intervenções policiais na Bahia, reforçando a urgência da discussão sobre essa temática no campo da saúde coletiva. O presente trabalho explora os impactos da violência de Estado, operacionalizada pela necropolítica, na saúde mental e física de adolescentes, conectando dados de 2022 com o contexto presente (2024).

OBJETIVO

Discutir os impactos da necropolítica na saúde mental e física de adolescentes, articulando dados de 2022 com o cenário atual (2024), para propor ações intersetoriais no âmbito da saúde coletiva.

METODOLOGIA

Este relato de experiência foi desenvolvido em outubro de 2022 com 15 adolescentes (12-19 anos) do Colégio Estadual Deputado Luís Eduardo Magalhães, localizado no bairro do Arenoso, Salvador. A intervenção consistiu em uma roda de conversa que utilizou três estratégias principais: primeiro, dinâmicas de acolhimento com exercícios de respiração diafragmática para estabelecer um ambiente seguro; segundo, análise crítica de letras de rap dos Racionais MC's e Major RD, que serviram como disparadores para discussão; e terceiro, debates orientados sobre necropolítica, interseccionalidade e direitos humanos, fundamentados teoricamente em autores como Akotirene [3]. Todas as falas foram integralmente transcritas e analisadas através de categorização temática, permitindo identificar padrões e conexões entre as experiências relatadas e os conceitos teóricos abordados.

1

Universidade do Estado da Bahia. E-mail: malenagsousa@gmail.com

RESULTADOS

A análise revelou três eixos centrais: (1) Violência policial como rotina, exemplificada por “Meu irmão foi revistado indo pra escola. Ele só tinha 13 anos” (A., 16 anos), prática que segue alarmante em 2024: 78% das vítimas de intervenção policial na Bahia são negras [2]; (2) Precariedade no acesso à saúde, com relatos como “Posto de saúde aqui só tem remédio pra dor” (M., 17 anos), reflexo da carência de profissionais em áreas periféricas. Na Bahia, por exemplo, há apenas 22 psicólogos para cada 100 mil habitantes na rede pública — o segundo menor índice do Nordeste [4]. Essa escassez compromete o acesso da população aos serviços de saúde mental, especialmente nas regiões mais vulneráveis do estado. (3) Interseccionalidade das violências, destacada em “Ser mulher negra aqui é ter medo duplo” (J., 15 anos), corroborado por dados nacionais: 56% das adolescentes negras restringem circulação por insegurança [5]. A convergência entre as narrativas de 2022 e os dados oficiais de 2024 demonstra a perpetuidade dessas violações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As narrativas coletadas comprovam que a violência de Estado opera como determinante social da saúde, gerando impactos diretos na saúde mental (ansiedade, medo crônico) e física (restrição ao acesso a serviços). A atualização com dados recentes do Fórum Brasileiro de Segurança Pública [2] reforça a urgência de três ações: a integração do debate sobre segurança pública nas políticas de saúde coletiva, reconhecendo seu papel na produção de adoecimento; a criação de protocolos específicos no SUS para acolhimento de vítimas de violência policial; e a ampliação de espaços de escuta juvenil como estratégia de cuidado e participação social. Essas medidas são essenciais para enfrentar o racismo institucional e promover equidade em saúde, conforme previsto nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [6].

REFERÊNCIAS

- (1) Mbembe A. Necropolítica. *Arte Ensaio*. 2016;(32):123-51.
- (2) Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário da violência 2024 [Internet]. São Paulo: FBSP; 2024 [acesso 14 abril 2025]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>.
- (3) Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen; 2019.
- (4) Conselho Federal de Psicologia. Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho. Brasília, DF: CFP; 2022. v.2. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol2-1.pdf.
- (5) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Violência de gênero e raça no Brasil: dados de 2023. Rio de Janeiro: IPEA; 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/filtros-series/61/violencia-por-genero>.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3_d.pdf.

A INTERSETORIALIDADE NA AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE: ALGUNS CONSENSOS

Rosemary Gonçalves¹

Elaine Locan

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Neste trabalho analisamos como em contexto ultraneoliberal e pós-pandêmico, o agravamento da questão social com fortes repercussões sobre o quadro sanitário exigem a retomada do debate sobre a relevância das políticas sociais na garantia de direitos e de melhores condições de saúde no país. Esta regressão de direitos sociais e de saúde atual impõe o debate sobre a integração das políticas sociais, através da gestão intersetorial (ainda frágil entre nós), além do engajamento da participação ativa da sociedade civil. Utilizamos a pesquisa teórica documental para problematizar a baixa tradição de intervenção articulada entre a área da saúde e os demais setores de políticas públicas.

Busca-se aqui salientar que as políticas sociais, entre elas a saúde, têm protagonismo no enfrentamento à crise atual onde as refrações da questão social adquirem dimensões ainda mais profundas. Importa problematizar aqui a integração das políticas públicas através da ação intersetorial, reconhecendo que a gestão intersetorial entre diferentes políticas públicas e sociais, aliadas às iniciativas da sociedade civil, se coloca como uma estratégia relevante para enfrentar as mazelas sociais, agravadas e aprofundadas pela ação deliberada dos últimos governos ultraliberais. Os estudos e as experiências (ainda que localizadas, via de regra) demonstram que a intersetorialidade constitui um mecanismo que, efetivado em sua potencialidade, contribui para fazer frente às severas iniquidades vigentes.

OBJETIVO

Apontar, à luz da literatura pertinente, alguns pontos relevantes no debate sobre a intersetorialidade na área da saúde, suas potencialidades e desafios no contexto brasileiro, onde a ação estatal é pautada pela fragmentação e dificuldades de responder às necessidades sociais. Pretende-se com essa incursão contribuir (ainda que modestamente) para o avanço das intervenções intersetoriais na área da saúde pública.

METODOLOGIA

Utilizamos a pesquisa teórico-documental para problematizar as potencialidades da ação intersetorial em um contexto no qual se reconhece uma baixa tradição de intervenção articulada entre diferentes setores de políticas públicas de corte social que compõem o Estado brasileiro, particularmente a área da saúde.

1 Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: rgdsouza@uol.com.br.

Tomamos como material de análise parte da produção bibliográfica sobre a temática da intersetorialidade e saúde, selecionando indicações relevantes e recorrentes neste debate, em meio a uma ainda frágil (ou não tão robusta) bibliografia sobre o tema no campo da saúde pública. Tomamos como referência tanto o debate conceitual sobre a intersetorialidade quanto produções que relatam e discutem experiências concretas de implementação de ações intersetoriais, além da experiência de pesquisa das autoras com foco nesta estratégia.

RESULTADOS

Na conjuntura atual em que o governo central, eleito em 2022, vem buscando a reconstrução das políticas sociais e da intervenção na área da saúde pública, a intersetorialidade deve ser alçada ao centro do debate público, e, embora não deva ser considerada “panaceia” para todos os males, têm papel estratégico em meio às históricas dificuldades da gestão pública brasileira. Sabe-se que as desigualdades sociais e sanitárias são engendradas pela lógica de produção e reprodução capitalista e que se agravam em seu *modus operandi* contemporâneo.

Concebe-se aqui a gestão intersetorial na direção ético-política voltada ao fortalecimento da articulação de esforços entre as esferas estatais e a sociedade civil para enfrentar o fenômeno complexo e multifacetado das desigualdades sociais e de saúde. No ideário do SUS a articulação intersetorial é essencial para tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é feito de múltiplos aspectos; sendo importante a disposição para o diálogo e a clareza de que a ação de uma arena setorial isoladamente será sempre insuficiente, e que somente a perspectiva interdisciplinar será capaz de prescrutar as necessidades sociais e de saúde de forma abrangente (1-3).

Para superar a fragmentação que caracteriza a intervenção social do Estado brasileiro, a intersetorialidade precisa ser uma diretriz da gestão pública e parte intrínseca da formulação das políticas e programas sociais. Contudo, a ação coordenada intersetorial ainda carece de decisão e indução política e financeira dos diferentes níveis de governo. Via de regra, a integração intersetorial ainda se restringe à iniciativa isolada de gestores locais, profissionais e sujeitos envolvidos com a implementação direta das ações e cuidados à população no cotidiano dos serviços (4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O debate público atual é perpassado por temas complexos e divergências políticas acentuadas em face do ascenso da extrema direita. De outro lado, os efeitos da tragédia da pandemia, as insuficiências na oferta de serviços e ações de saúde, a destruição ambiental pela busca do lucro desenfreado, entre outras grandes questões, requer decisões políticas efetivas, ações sociais e medidas de saúde de grande envergadura, com investimentos robustos e compromissos com políticas públicas e sociais articuladas capazes de dar respostas (ainda que parciais) às refrações da questão social na atualidade.

Neste sentido, a intersetorialidade ganha relevância já que trabalha com a premissa de estabelecer objetivos comuns politicamente pactuados, a partir do reconhecimento de que problemas complexos

requerem ações coordenadas, sustentadas em planejamento conjunto entre diversas instituições de diferentes áreas de políticas públicas para atuar em dado território sobre problemas sociais e/ou sanitários concretos. O adensamento do debate sobre o tema da intersetorialidade e a reflexão a partir de sua implementação em diferentes contextos, colocam-se, portanto, como tarefas de suma importância.

REFERÊNCIAS

- (1) Andrade LO. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.
- (2) Arkeman M *et al.* Intersetorialidade? Intersetorialidade! Ciênc Saúde Colet. 2014;19(1): 4291-4300.
- (3) Monnerat GL, Souza RG. Intersetorialidade. *In*: Matos MC *et al.*, organizadores. Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde. Uberlândia: Navegando Publicações; 2024.
- (4) Monnerat GL, Souza RS. Intersetorialidade e Políticas Sociais: um Diálogo com a Literatura Atual. *In*: Monnerat GL, Almeida NL, Souza RG, organizadores. A intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social; 2014.

A NECESSIDADE DAS AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO DO SUS.

Hamilton Delgado de Almeida¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os instrumentos de regulação no Sistema Único de Saúde é uma ferramenta importante para garantir a igualdade, equidade e dar transparência as ações de saúde, embora sua importância seja fundamental, sua presença na literatura nacional ainda é pouca. A abordagem do gerenciamento de lista de espera para cirurgias e procedimentos especializados no Sistema Único de Saúde além da organização dos fluxos de atendimento torna-se necessário e deve buscar elementos das políticas de saúde para auxiliar na sua execução e efetividade.

A segurança do paciente é enfatizada e destacada no meio hospitalar, entretanto a mesma deve estender suas metas para todos os níveis de assistência, inclusive na regulação dos serviços para garantir uma igualdade e equidade aos usuários. As metas de segurança do paciente deve ser um fator que acompanha todo o processo de assistência à saúde, permitindo mapear toda a jornada do paciente em todos os níveis de assistência e visando uma resolutividade dos seus desequilíbrios na saúde.

As ações de segurança do paciente não restringem a assistência completa em centros hospitalares mais sim são de vital importância nas ações de transparência, equidade e dos direitos deles, pois tornam chaves para eficácia e credibilidade no sistema além de permitir um planejamento mais organizado.

OBJETIVO

- Enfatizar a importância da segurança do paciente nas ações de monitoramento das filas cirúrgicas no SUS.

- Mapear ações de segurança do paciente o que possa identificar inconsistências e vulnerabilidades sobre a fila cirúrgica.

- Propor as ações de segurança do paciente como instrumento que ajudará na organização e transparência das filas cirúrgicas.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um estudo descritivo de base qualitativa. Foi usado uma análise documental a partir de elementos informativos de documentos do Ministério da Saúde que apresenta de forma abreviada a relação entre as metas de segurança do paciente e a regulação usuários do SUS. A questão norteadora foi como a segurança do paciente pode ser um fator de contribuição nos processos de regulação do sus, principalmente na organização da fila cirúrgica. Tal premissa se dá pela ausência

1 E-mail: hamdelgado55@gmail.com

de notificação da burla de fila como evento adverso. A análise documental baseou em documentos das políticas nacionais do MS considerados importantes nas ações de atendimento aos usuários do SUS. Foram selecionados documentos de domínio público que ajudam a contextualizar a regulação das filas cirúrgicas e a Segurança do paciente. Destacamos os principais descritores: segurança do paciente; regulação no SUS; filas cirúrgicas no SUS. Os critérios de inclusão foram artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde publicados após 2006 (ano da edição do pacto pela saúde).

RESULTADOS

Os documentos analisados alguns são estruturantes das políticas públicas e outros são de caráter técnico operacional e servem como diretrizes para a implantação de políticas. A fila de espera trata-se de lista de pacientes que necessitam de um mesmo tratamento ou serviço médico cuja demanda é maior que a oferta. Os pacientes na fila habitam uma sala de espera virtual, aguardando um mesmo procedimento, sendo chamados por vez, de acordo com a ordem da fila (1).

A transparência é fundamental para o funcionamento e organização desta fila pois permite uma comunicação efetiva entre os usuários e o sistema torna-se uma evidência para auditar a efetividade e resolutividade. Dessa forma, cada núcleo deveria cuidar do tema, como já têm feito com os demais itens do programa, estabelecendo conceitos internamente, desenhando protocolos e fluxos, esclarecendo e treinando os envolvidos, medindo inconformidades, fixando planos de ações corretivas e divulgando melhorias alcançadas (2). As metas de segurança do paciente nestas situações permitem um acompanhamento das etapas de atendimento e é um forte agregador no funcionamento destas filas.

Em termos legais também existe uma carência de determinações governamentais a respeito da gestão e da transparência das listas de espera. Ressalta a existência do projeto de lei federal 393/2015 que dispõe sobre a obrigatoriedade de publicar no site do hospital a atualização sistemática das listas de espera para procedimentos assistenciais eletivos do Sistema Único de Saúde (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No estudo proposto busca destacar a importância de se trabalhar como políticas e programas já implantados no SUS para atender as vulnerabilidades de fraquezas do sistema único de saúde. A viabilidade das ações de segurança do paciente permite adotar metas nas diversas etapas da regulação. As debilidades das variações culturais e da prática clínica são permeadas através da meta de uma comunicação mais eficaz entre as equipes de saúde.

A transparência e o acesso a informação ainda são vulnerabilidades no SUS e são afetados por fatores como: a fidedignidade dos dados, a inserção correta dos dados e as dificuldades de acesso aos dados tabulados, o uso das metas da política nacional de segurança do paciente pode ser um denominador comum para estas arestas.

O uso das metas de segurança do paciente permite o desenvolvimento e estruturação de

indicadores mais compreensíveis e factíveis dentro da unidade de saúde e um mapeamento das diversas necessidades e expectativas dos usuários.

REFERÊNCIAS

- (1) Sarmiento Junior KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema das filas de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras Otorrinolaringologia* 2005; 71(3):256-262.
- (2) Behrens R. Segurança do Paciente e os direitos do usuário. *Rev Bioética*. 2019;27:253-260.
- (3) Lisboa RL, Kruel AJ, Marciniak JB, Paz AA. Actions of regulatory nurse in the management of surgical waitings lists. *Rev Bras Enferm*. 2022;75.

ABORTO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: ENTRE A MARÉ VERDE E A ONDA CONSERVADORA

Maurílio Castro de Matos¹

Daniele Correia

Franciele da Silva Santos

Tatianny de Souza de Araujo

Ana Carolina Elvira de Almeida Oliveira dos Santos

Yasmin Gomes Vieira

Thabata Cavalcanti Rebelo Souza e Lima

Larissa da Silva Teixeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O aborto é um dos temas mais polêmicos da sociedade atual. Na América Latina e no Caribe, apenas Argentina, Colômbia, Cuba, Uruguai, Guiana, Porto Rico, e em 23 estados do México permitem legalmente esse direito por livre escolha. Nos demais países da região, o aborto por livre escolha da mulher e pessoas que gestam é proibido em diferentes graus.

No Brasil, o aborto é regulado pelo Código Penal e permitido apenas em casos de risco de morte para a mulher ou gravidez decorrente de estupro. Desde 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) também autoriza a interrupção da gestação em casos de anencefalia. Contudo, a implementação do direito ao aborto que inicia apenas em 1989, com a criação do primeiro serviço legal em São Paulo (1). Os dados disponíveis informam que sete estados não possuem esse serviço, e muitos dos cadastrados no Ministério da Saúde carecem de equipes especializadas. Além disso, 14% dos serviços ainda exigem boletim de ocorrência em casos de estupro, requisito sem respaldo legal (2).

Assim, este trabalho apresenta resultados parciais do projeto de pesquisa financiado pelo CNPq e UERJ, coordenado pelo autor principal, intitulado “As legalidades e ilegalidades do direito ao aborto na América Latina e Caribe”.

A maioria dos países pesquisados na região proíbe o aborto como livre escolha da mulher e de pessoas que gestam, permitindo-o apenas em casos de risco de morte na gestação ou gravidez decorrente de estupro.

OBJETIVO

Identificar elementos sociais e políticos que possibilitam a legalização e a criminalização do aborto na América Latina e Caribe. Assim, desdobram-se os seguintes objetivos específicos: i) Examinar discursos e ações de grupos contrários à legislação vigente; ii) Investigar discursos e ações de sujeitos

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: mauriliomatos@gmail.com

favoráveis a manutenção das leis sobre o aborto; iii) Analisar dados sobre agravos à saúde e óbitos decorrentes do aborto; iv) Avaliar o acesso dos serviços de saúde de abortamento legal.

METODOLOGIA

O procedimento metodológico está baseado em investigação bibliográfica, documental e empírica, ancorado na tradição marxista e em seus pressupostos fundamentais: historicidade, totalidade e contradição, característicos do método dialético marxiano.

Na fase bibliográfica e documental, buscamos levantar dados sobre a formação sócio-histórica, políticas de saúde e a temática do aborto. Essa etapa exploratória tem o objetivo de atualizar e fundamentar a pesquisa para a entrada em campo, que ocorrerá de forma processual, incluindo leituras aprofundadas sobre os países analisados, além de contatos, entrevistas preliminares e visitação.

Nos países e estados mexicanos em que o aborto é um direito sexual e reprodutivo previsto e lei, a pesquisa bibliográfica e documental já está avançada, exigindo apenas atualizações devido às dinâmicas do objeto de estudo. No entanto, para os países onde a legislação é restritiva, esse processo ainda será iniciado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O aborto, enquanto direito sexual e reprodutivo, é um tema em disputa na América Latina e no Caribe. A região vivencia simultaneamente a “maré verde”, com recentes avanços na legalização do aborto em alguns países, e uma “onda conservadora”, que impõe sua total criminalização em outros. Esse cenário tem restringido o acesso de mulheres e pessoas que gestam à possibilidade de exercer livremente seus direitos sexuais e reprodutivos.

Acreditamos que o estudo de experiências concretas pode enriquecer o debate sobre a legalização do aborto. Isso inclui a identificação da rede internacional e dos argumentos criminalizadores — permitindo, assim, antecipar estratégias para enfrentá-los —, além da análise das táticas utilizadas para expandir essa discussão para diferentes setores da sociedade. Também buscamos compreender a realidade dos países onde o aborto é legalmente garantido, trazendo os argumentos que fundamentaram essa conquista e a experiência concreta dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Matos MC. A criminalização do aborto em questão. Coimbra: Almedina; 2010.
- (2) Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21:560-8.

ACCESO A LIGADURA TUBARIA: ANÁLISIS DE LAS TRAYECTORIAS Y EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA, LA PAMPA.

Pilar Galende Villavicencio¹

INTRODUCCIÓN

El acceso a la ligadura tubaria (LT) se inscribe en el contexto más amplio del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina, en el que la provincia de La Pampa ha sido pionera, cuando sancionó la Ley sobre el Ejercicio de las Actividades de Salud (1), que incluyó en el artículo 17 la realización de ligadura de trompas de Falopio como un asunto de derechos humanos y de responsabilidad estatal (2). En 2006, la Ley Nacional de Contracepción Quirúrgica (3) inició un proceso de políticas públicas para su cumplimiento, estableciendo como únicos la firma de un consentimiento informado y la mayoría de edad.

Sin embargo, los estudios disponibles coinciden en la existencia de barreras de accesibilidad derivadas de sesgos de género entre los/as profesionales de salud que privilegian la heteronormatividad reproductiva por sobre la sexualidad no reproductiva de las mujeres. A más 15 años de sancionada la ley, la falta de conocimiento sobre cómo las usuarias de los servicios públicos de salud de la provincia experimentan las dificultades de acceso a este derecho y el impacto en su salud integral y sus decisiones reproductivas, fundamentan este estudio que buscó recuperar sus perspectivas en torno a la accesibilidad, sus modos de vivenciar el proceso, así como los obstáculos y/o facilitadores que experimentaron para su realización.

OBJETIVO

Describir y analizar las trayectorias y experiencias de las mujeres que solicitaron una LT-hayan accedido o no a su realización- en el subsector público de salud de la ciudad de Santa Rosa, La Pampa, entre 2010 y 2020.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con un enfoque teórico-metodológico cualitativo. Se realizó un diseño flexible basado en la Teoría Fundamentada (4).

Se tomaron como unidades de análisis a las mujeres que solicitaron una LT en el subsector público de salud de la ciudad de Santa Rosa entre 2010 y 2020, accedieran o no a su realización efectiva, seleccionando una muestra no probabilística intencional, hasta lograr la saturación teórica de las dimensiones del estudio. Para el muestreo, se utilizó la técnica bola de nieve a partir de contactos

1 Universidad Nacional de La Pampa. E-mail: pilargalende@gmail.com

con redes de mujeres.

Se utilizaron entrevistas en profundidad, sobre las que se realizó un análisis de contenido (5) operacionalizado en los siguientes momentos: análisis individual de cada entrevista para la reconstrucción del caso (dimensión horizontal) y su codificación manual para la elaboración de las categorías emergentes. Para el análisis comparativo (dimensión vertical) se utilizó el método de comparación constante. Por último, los resultados obtenidos se fueron articulando con las referencias teóricas del estudio para el análisis final.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 18 mujeres. Se delimitan dos tipos de trayectorias: T1 son mujeres que transitan dificultades para acceder y T2 mujeres sin barreras de acceso. Se analizan dichas trayectorias según las siguientes categorías emergentes:

Toma de la decisión: entre los motivos de las mujeres se analizan la sobrecarga de cuidados, la falta de redes de apoyo para la crianza, las experiencias de ausencia paterna en los embarazos y factores socioeconómicos. En las mujeres T2 se describe la influencia de los/as médicos/as como principal determinante.

Circuitos de acceso: las solicitudes ingresan en hospitales y centros de salud. Sobre los requisitos, se constata una heterogeneidad de respuestas, incluido el consentimiento informado, el apoyo expreso de la pareja y la consulta psicológica. Entre las mujeres T1 las negativas al acceso se vinculan a la baja edad y paridad. Entre las mujeres T2 se identifican como facilitadores el riesgo para la salud del embarazo y multiparidad, en particular las cesáreas múltiples.

Acceso a información: entre las mujeres T1 el asesoramiento profesional resulta insuficiente. Entre las mujeres T2 la información resulta satisfactoria. En ambos grupos la referencia es negativa en cuanto a la difusión de la ley.

Impacto del acceso/no acceso: entre las mujeres T2 se develan expresiones de alivio por la decisión. Las implicancias sobre la salud física y mental del no acceso en mujeres T1 condujo a embarazos no planificados y al aborto, la maternidad no deseada y los trastornos depresivos.

Percepciones del proceso: las mujeres T1 experimentan sentimientos de vulneración y atropello a sus decisiones. Las mujeres T2 manifiestan satisfacción y acompañamiento durante el proceso.

CONSIDERACIONES

Las trayectorias que transitan las mujeres se corresponden con estudios previos en los que aquellas mujeres con problemas de salud preexistentes o vinculados a la gestación y/o multiparidad son alentadas por los/as profesionales de salud a ligarse y acceden a realizar el procedimiento sin mayores dificultades. Sus experiencias son satisfactorias y muestran conformidad con la atención recibida. En cambio, aquellas que no reúnen dichos criterios se encuentran con diversas barreras que configuran

experiencias de vulneración de sus decisiones, derivadas de una valoración de la función reproductiva de las mujeres por parte de los/as profesionales de salud en la que la edad y el número de gestaciones resultan determinantes. Estos sesgos de género se corresponden con una heteronormatividad institucionalizada en la que los/as profesionales responden más a sus visiones culturales-morales que a su saber técnico científico, imponiendo requisitos no contemplados en la ley.

REFERENCIAS

- (1) Ley 2.079 sobre el Ejercicio de las Actividades de la Salud. Boletín Oficial de La Pampa. Santa Rosa (16 de Diciembre de 2003).
- (2) Moldován M. Garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos en La Pampa: Sobre las leyes y la práctica de contracepción quirúrgica. 2013. Disponible en: <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/vii-jornadas-2012/actas/Moldovan.pdf>
- (3) Ley 26.130 de Régimen para las intervenciones de Contracepción Quirúrgica. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires;2006.
- (4) Gaeta-Quezada R. Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. Cienc Docencia Tecnol. 2014;25(48):149-172.
- (5) Minayo MC. Investigación social: Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar; 2007.

ACESSO A FÓRMULAS NUTRICIONAIS NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI NA BAHIA PROMOVENDO POLÍTICA DO CUIDADO E SAÚDE INTEGRAL A POPULAÇÃO

Juliana Xavier Carneiro Alves¹

Amanda Rouse Bispo da Silva

Janivalda Lima Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A incorporação do direito à saúde na Constituição Federal de 88 foi um marco na democratização dos direitos sociais no Brasil, este deu subsídio para a aprovação da Emenda Constitucional 64/2010⁴ que garantiu o direito à alimentação no país (1). Nessa perspectiva, a alimentação apresenta-se indissociável da dignidade humana e dos direitos fundamentais sociais inclusos na Constituição, sendo assim, a oferta de fórmulas nutricionais e alimentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser mais uma vertente na rede de atenção e cuidado em saúde ao usuário garantida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que estabelece que o SUS deve garantir a assistência terapêutica integral, que inclui a oferta de medicamentos e fórmulas especiais para o tratamento de condições de saúde (1).

Diante disso, atento a necessidade de financiamento e a elaboração de protocolos, diretrizes terapêuticas e fluxos contando e com a intenção dos gestores municipais em promover o serviço e garantir tais direitos foi criado, em 2022, o Centro Especializado de Atendimento Social ao Usuário do SUS (CEASUS), contribuindo na concretização da gestão participativa da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). A PNSAN garante os direitos à saúde e alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS garantindo os meios necessários à efetivação do direito à alimentação (2).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever a experiência exitosa do fornecimento de fórmulas nutricionais aos usuários com perfil estabelecido de maneira gratuita, coordenada e contínua no município de Camaçari na Bahia através da implantação do CEASUS.

METODOLOGIA

A metodologia usada foi relato de experiência na qual descrevemos as ações implantadas para garantir o acesso dos usuários, com perfil estabelecido, à concessão de fórmulas e suplementação alimentar, no município de Camaçari na Bahia desde o ano de 2022. Com a descrição do serviço de atendimento ao usuário especializado que foi implantado para atender a demanda dos usuários e garantir a continuidade do cuidado.

1 Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: jucarneiro77@gmail.com

RESULTADOS

O CEASUS, Centro Especializado de Atendimento Social ao Usuário do SUS, é responsável por coordenar e organizar os fluxos de acesso aos mais diversos benefícios ofertados pelo município, nesse estudo nos detivemos a concessão de fórmulas nutricionais e suplementação alimentar.

Para tal garantia de acesso aos serviços o usuário, munícipe, deve se encaminhar a atenção primária à saúde ou aos Centros especializados de atendimento Centro Especializado de Reabilitação CER II, Centro de Referência em Especialidades de Saúde (CRES) e ou Centro especializado em Oncologia de Camaçari (CEONC), entre outros onde terá acesso ao médico e ou nutricionista, para que os mesmos definam a necessidade de cada um e assim ser direcionado ao CEASUS onde será acolhido por assistente social para avaliação da condição social do mesmo e sua inclusão no programa.

Através do CEASUS os usuários do SUS são atendidos em todas as fases da vida, que necessitem de suporte alimentar, entre outros benefícios. Entre as principais condições atendidas pelo serviço podemos destacar, usuários com APLV, com neoplasias, desnutrição severa, nutrição enteral entre outros com a garantia da concessão de fórmulas nutricionais. As fórmulas nutricionais são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) como: Alimento para fins especiais industrializado consumido somente sob orientação médica ou de nutricionista, para pacientes que possuem necessidades nutricionais específicas determinadas por sua condição clínica (3). Estas são vendidas e possuem um custo elevado o que seria um fator limitante para usuários carentes. Segundo Ferreira, o consumo diário de dois litros de fórmula para nutrição enteral líquida acarreta em um custo mensal de três salários mínimos (4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Desde a sua criação em setembro de 2022 o CEASUS já prestou atendimento a 1128 usuários entre crianças, adultos e idosos das mais variadas condições clínicas, destes 511 ainda estão ativos, recebendo o benefício.

A centralização deste serviço em um local específico e com acolhimento especializado para tal demanda conferiu idoneidade e profissionalismo ao programa garantindo êxito e pioneirismo já que verifica-se que, no âmbito do SUS, as fórmulas nutricionais não possuem financiamento específico, mas no município de Camaçari esse serviço é ofertado a população e o serviço de concessão de fórmulas nutricionais dia após dia se consolida como um programa de acolhimento e atendimento a demanda existente na rede de atenção integral ao usuário e fortalece a proposta de política de cuidado do município, sempre pautada nas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [acesso 11 março 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- (3) Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 21, de 13 de maio de 2015 [acesso 14 fevereiro 2025]. Dispõe sobre o regulamento técnico de fórmulas para nutrição enteral. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/29344>.
- (4) Ferreira RS. Elaboração de fórmulas enterais artesanais de baixo custo adequadas em fluidez e osmolalidade [dissertação]. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2009.

ACESSO AOS DIREITOS POR MEIO DA TECNOLOGIA: RELATO DO PROJETO DE ORIENTAÇÃO SOCIAL “TIRA-DÚVIDAS”

Emily Lopes Maciel¹

Ieda Margarete da Silva de Siqueira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta o projeto de orientação social “Tira-Dúvidas”, desenvolvido no território do Jacarezinho – uma comunidade marcada por desafios históricos e desigualdades sociais profundas. A iniciativa foi concebida para garantir que pessoas em situação de vulnerabilidade tenham acesso a informações claras sobre seus direitos e benefícios públicos, facilitando o uso dos serviços digitais. Em encontros quinzenais, o grupo oferece esclarecimentos, acolhimento e apoio na utilização de plataformas digitais, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre os cidadãos e os serviços do Estado. A assistente social da equipe multiprofissional foi a responsável pelo grupo, conduzindo as ações com dedicação e empatia, enquanto a extensionista em Psicologia atuou como apoio, promovendo o acompanhamento e o suporte necessário. O projeto ressalta como o acesso facilitado aos benefícios públicos pode favorecer a saúde mental ao proporcionar mais autonomia e bem-estar aos participantes (1).

OBJETIVO

Capacitar a população vulnerável do Jacarezinho a acessar e utilizar seus direitos e benefícios públicos, por meio do projeto “Tira-Dúvidas”. A iniciativa integra a orientação da assistente social responsável pelo grupo com o apoio da extensionista em psicologia, promovendo acolhimento e suporte tecnológico que contribuem para o bem-estar e a saúde mental dos participantes, além de incentivar a autonomia e o fortalecimento comunitário.

METODOLOGIA

A intervenção foi realizada através do projeto “Tira-Dúvidas”, com encontros quinzenais no espaço comunitário do Jacarezinho. As atividades ocorreram em dois formatos: sessões coletivas, lideradas pela assistente social, nas quais os participantes esclareciam dúvidas sobre direitos e benefícios, e atendimentos individuais, onde foram oferecidas orientações práticas para o uso de portais e aplicativos governamentais. A extensionista em Psicologia atuou como apoio, auxiliando no acompanhamento dos participantes durante as atividades. A abordagem adotada foi qualitativa e fundamentada nas diretrizes da Lei nº 12.527/2011 e da Lei nº 13.709/2018, enfatizando a integração entre acolhimento psicossocial e domínio de ferramentas digitais (2,3). Os encontros foram registrados e analisados para identificar as principais barreiras e aprimorar as estratégias de intervenção. Essa atuação interdisciplinar permitiu não apenas o acesso à informação, mas também a criação de vínculos

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: moemilyda@gmail.com.

e a escuta ativa das demandas, contribuindo para o fortalecimento da cidadania e para o enfrentamento das vulnerabilidades no território.

RESULTADOS

No período de 16/11/2023 a 24/10/2024, o projeto “Tira-Dúvidas” atendeu 171 pessoas, predominantemente residentes do Jacarezinho. Aproximadamente 70% das dúvidas abordadas estavam relacionadas a questões previdenciárias e assistenciais, o que evidencia a relevância de uma orientação bem estruturada para o acesso a benefícios públicos. Nas sessões coletivas, os participantes encontraram um espaço de acolhimento e compartilhamento de experiências, que permitiu o esclarecimento de dúvidas e a troca de informações úteis para o acesso aos serviços estatais. Nos atendimentos individuais, foram realizadas ações práticas, como a criação de logins, recuperação de senhas e navegação guiada em portais oficiais, facilitando o acesso dos cidadãos às informações e aos benefícios a que têm direito. Observou-se que o acesso facilitado aos direitos públicos contribuiu para reduzir o sentimento de vulnerabilidade e melhorou os indicadores de bem-estar e saúde mental dos participantes. O projeto evidenciou que conhecer os próprios direitos é um fator central para a autonomia e cidadania, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade social, como os moradores do Jacarezinho. A oferta de espaços de orientação e suporte se mostrou fundamental para ampliar o acesso à informação, reduzir desigualdades e promover a inclusão digital e social dos usuários, fortalecendo sua relação com os serviços públicos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência do projeto “Tira-Dúvidas” demonstra que a integração entre orientação social e apoio tecnológico pode promover um significativo fortalecimento do acesso aos direitos fundamentais em comunidades vulneráveis. Ao capacitar os moradores do Jacarezinho para utilizar plataformas digitais, o grupo contribuiu para que os participantes obtenham os benefícios públicos de forma eficaz, reforçando o sentimento de autonomia e inclusão. O modelo, liderado pela assistente social com o apoio da extensionista em Psicologia, evidencia a importância de ações que unam acolhimento e suporte prático para melhorar a qualidade de vida e a saúde mental dos cidadãos. Essa abordagem mostra-se promissora para ampliar a cidadania e o acesso a serviços essenciais. Recomenda-se a continuidade e expansão de iniciativas semelhantes, que articulam cuidado, escuta e informação, como estratégia de enfrentamento das desigualdades nos territórios periféricos.

REFERÊNCIAS

- (1) Rocha RP, Tomazelli JL. Isolamento social e distanciamento: Entre políticas públicas e demandas sociais. 2020. Scielo preprints. Doi: 10.1590/SciELOPreprints.489.
- (2) Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília, DF: Presidência da República; 2011.
- (3) Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Brasília, DF: Presidência da República; 2018.

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS COM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DENTRO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aila Roberta Passos Pereira¹

Luiza Rios Gonçalves Silva

Chalana Duarte de Sena Fraga

Silvana Gomes Nunes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são problemas de saúde pública e quando não controlados, constituem fatores de risco para diversas complicações. Assim, a educação em saúde é um processo contínuo e dialógico, objetivando à construção compartilhada de conhecimentos, capacitando os indivíduos a assumirem maior autonomia no cuidado com a própria saúde (1).

Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde (UBS) configura-se como um espaço estratégico para uma assistência integral, na qual é ofertado o cadastro no HIPERDIA, programa instituído em 2002, com o objetivo de cadastrar e monitorar pacientes com HAS e DM, através do acompanhamento de aferição de Pressão Arterial (PA) e glicemia capilar, garantia de medicamentos gratuitos, visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem, além de atividades de educação em saúde (2).

Por tanto, o papel da enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS) merece destaque no cuidado desses pacientes, através da consulta de enfermagem e sua abordagem integral ao usuário, considerando não apenas os aspectos biomédicos, mas também os fatores socioculturais que influenciam o estado de saúde do indivíduo(3). A integração das ações supracitadas assegura um cuidado contínuo e abrangente, promovendo o controle das patologias e prevenindo complicações

OBJETIVO

Descrever ações assistenciais e educativas desenvolvidas por discentes de enfermagem durante o período de Estágio Curricular Supervisionado I com pacientes hipertensos e diabéticos em uma UBS.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência elaborado a partir das atividades desenvolvidas em uma UBS localizada no interior da Bahia, entre 26 de agosto a 18 de dezembro de 2024, período de duração do estágio, o qual era dividido em três momentos: fase diagnóstica, formativa e somativa.

Durante a fase diagnóstica foi realizado o reconhecimento do território e a elaboração do Plano

1

Universidade do Estado da Bahia. E-mail: ayllapassos15@gmail.com

Estratégico Situacional (PES). A UBS possuía uma população adscrita de 2.060 pessoas, sendo 329 hipertensos e 112 diabéticos, com desafios significativos no manejo da HAS e do DM, sendo esse o problema elencado.

Nas próximas fases o PES foi colocado em prática e as atividades de execução escolhidas foram: sala de espera, consultas de enfermagem individuais, visita domiciliar e feira de saúde. Para isso, foram usadas ferramentas como, cartazes, maquetes, folders lúdicos e autoexplicativos de confecção própria, educativos adaptados ao nível de compreensão e às necessidades dos usuários.

A avaliação das atividades ocorreu por meio de observação direta do engajamento dos pacientes, mudanças de comportamento, análise qualitativa do *feedback* obtido e reflexões em grupo realizadas ao término de cada intervenção.

Os achados evidenciaram desconhecimento sobre o HIPERDIA mesmo portando o cartão do programa, eram idosos, com idade acima de 60 anos, baixa escolaridade com dificuldades de leitura e na identificação das medicações prescritas, resultando no uso inadequado da terapia medicamentosa.

Neste contexto, nas atividades educativas em sala de espera foram realizadas em quatro momentos, com destaque para uma ação voltada ao público composto majoritariamente por pacientes hipertensos e diabéticos. Tais intervenções proporcionaram maior contato entre profissionais e usuários, sendo um dos meios de sensibilização para o Programa HIPERDIA.

Nas consultas individuais e nas visitas domiciliares, realizou-se aferição da PA e glicemia capilar, investigação dos hábitos de vida e de fatores de risco associados a HAS e o DM. Quando identificadas dificuldades relacionadas à leitura ou ao manejo dos medicamentos, os folders foram introduzidos.

A feira de saúde foi a última intervenção realizada, para esse momento foram oferecidos serviços como aferição de PA e glicemia capilar, além da aplicação dos folders, cartazes ilustrativos e a maquete, reforçando os riscos associados a HAS e o DM.

Desta forma, os materiais desenvolvidos mostraram-se eficazes para melhorar a compreensão dos usuários sobre o uso correto das medicações durante todas as intervenções. A utilização de representações visuais simplificadas por meio de símbolos para transmitir informações mostrou-se uma estratégia efetiva nos cuidados em saúde com indivíduos que possuem baixa escolaridade.

Assim, após o término do estágio o material ficou na UBS para que pudesse ser incorporado à rotina, contribuindo para a promoção da autonomia dos pacientes e para a melhoria do cuidado em saúde na UBS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As atividades de educação em saúde e as orientações realizadas tanto em atendimentos individuais quanto domiciliares revelam-se de grande relevância, pois um indivíduo informado sobre sua condição de saúde demonstra maior capacidade de adotar práticas efetivas de autocuidado.

Observou-se a partir da produção e distribuição do material educativo um *feedback* positivo por parte do público alvo, os quais se sentiam mais motivados, promovendo autonomia, especialmente daqueles que apresentavam fragilidades na adesão de forma correta à terapia medicamentosa, os estimulando e oportunizando através de estratégias lúdicas, contribuindo para a redução de danos associados a HAS e o DM.

Diante do exposto, tais ações além de reforçarem a necessidade de um olhar integral no cuidado ao usuário, permitem a compreensão dos obstáculos que interferem na saúde e na qualidade de vida das pessoas, evidenciando o compromisso e a responsabilidade que devem ser assumidos pelo futuro profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- (1) Nogueira DL, Sousa MS, Dias MAS, Pinto VPT, Lindsay AC, Machado MMT. Educação em saúde e na saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. SANARE. 2022;2(2):101-09. doi: 10.36925/sanare.v2i2.1669.
- (2) Draeger VM, Andrade SR, Meirelles BHS, Peiter-Cechinel C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Esc. Anna Nery. 2022;26. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353pt.
- (3) Mendes ACA, Batista AVB, Araujo RLS, Santos WL. Promoção em saúde para condutas de hábitos saudáveis para redução de diabetes tipo II e hipertensão na atenção primária. Rev JRG Estudos Acadêmicos. 2023;6(13). Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/786/726&sa=D&source=docs&ust=1734899884768858&usg=AOvVaw1C12ISiEijaGVgWKdd7lgA>.

AÇÕES EXTENSIONISTAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A PROPAGAÇÃO DE INFORMAÇÕES ACERCA DO COMBATE AO CÂNCER DE PRÓSTATA-UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Emerson Kailan dos Santos¹

Cristiane Maria Amorim Costa

Maria Eduarda de Oliveira Abackerli Miranda

Roberta Ribeiro Loureiro Pinto

Vivian da Rocha Mendes Cortinhas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de próstata se destaca como o segundo tipo mais frequente entre as pessoas que possuem próstata, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. A ocorrência desse câncer é mais elevada em países desenvolvidos em comparação aos em desenvolvimento. Esse tipo de doença é predominantemente diagnosticado em idosos, sendo que cerca de 75% dos casos globais acometem indivíduos com 65 anos ou mais (1). Alinhado a essa realidade, o projeto de extensão “Contribuindo para a Prevenção do Câncer de Próstata” age promovendo ações educativas e informativas voltadas à conscientização sobre a doença. A iniciativa busca atingir tanto pessoas que possam desenvolver o câncer quanto os parentes que possuem o risco por conta da hereditariedade. Para isso, utiliza diferentes estratégias, como visitas na enfermaria de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) para orientação de usuários e seus familiares, a divulgação de conteúdos em mídias sociais, participação em congressos acadêmicos e oferta de serviços informativos em eventos de saúde. Dessa forma, o projeto amplia o alcance da educação em saúde, ultrapassando os muros da universidade e contribuindo para a construção de uma sociedade mais consciente sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de próstata.

OBJETIVO

Este trabalho relata a experiência extensionista dentro do projeto Contribuindo para a Prevenção do Câncer de Próstata, destacando como suas múltiplas ações em diferentes espaços podem ajudar qualitativamente pessoas diagnosticadas com neoplasia prostática ou com risco de desenvolvê-la. Além disso, enfatiza a importância da disseminação de informações acessíveis para a grande massa da população, promovendo conscientização e ampliando o debate sobre a doença.

METODOLOGIA

Objetivando alcançar o maior público possível, o projeto de extensão “Contribuindo para a Prevenção do Câncer de Próstata” realiza suas ações tanto no meio online quanto presencial. Utilizando

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: enfemersonkailan@hotmail.com

as redes sociais, especialmente o Instagram, o projeto mantém uma página identificada como “@Ze_explica.UERJ”. Nela, são criados conteúdos educativos digitais sobre o câncer de próstata, abordando tópicos como fatores de risco, sintomas, anatomia, tratamentos e a desconstrução de preconceitos. A presença nas redes sociais também possibilita uma escuta ativa, permitindo que o público tire dúvidas por meio de ferramentas como os “Stories”. O projeto interage com os seguidores, abrindo caixas de perguntas para esclarecer incertezas sobre o tema. Outra ação importante no meio digital são os eventos online, como as “Lives” promovidas pelo projeto. Nessas transmissões, profissionais da saúde discutem temas específicos sobre a doença. Em uma edição recente, ocorreu a Live “Novembro Azul: Conscientização acerca do rastreio e prevenção do câncer de próstata em pessoas com próstata”, com a participação de uma enfermeira oncológica. Durante o evento, a profissional compartilhou sua experiência com pacientes transexuais acometidos pelo câncer de próstata, abordando os desafios enfrentados por esse público no acesso ao tratamento adequado. No âmbito presencial, os discentes envolvidos no projeto realizam visitas ao setor de Urologia do HUPE, com o objetivo de acompanhar pacientes com diagnóstico de câncer de próstata, oferecendo esclarecimentos a respeito da doença e prestar acolhimento. Além da interação com os pacientes, também foi possível dialogar com seus familiares e rede de apoio, abordando a importância do incentivo à realização de exames de rastreamento e como lidar com as demandas de saúde e emocionais ao enfrentar um possível diagnóstico da doença. Além disso, o projeto participa ativamente de eventos de saúde, com destaque para a participação no IV Outubro da Diversidade, promovido pelo Ambulatório Identidade da Policlínica Piquet Carneiro. Nesse evento, os participantes do projeto atuaram em um consultório, oferecendo orientações sobre a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de próstata para transgêneros, considerando suas especificidades anatômicas e fisiológicas após o processo de resignificação sexual. Durante a atividade, abordaram-se as necessidades de saúde dessa população e os preconceitos enfrentados no acesso ao cuidado, além de esclarecer as diferenças no diagnóstico e tratamento entre pessoas cisgênero e transgênero. O projeto também participa de congressos e eventos acadêmicos, divulgando suas atividades e trocando experiências com pesquisadores da área. Essas participações contribuem para o aprimoramento das ações extensionistas e promovem uma integração entre a universidade e a comunidade, reforçando o compromisso com a educação em saúde e a conscientização sobre o câncer de próstata.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto cumpre o papel extensionista como elo entre ensino, pesquisa e ação prática. Segundo a Universidade Federal Fluminense (2), a extensão deve articular o conhecimento acadêmico com a realidade social, promovendo trocas que beneficiem a comunidade e a formação dos estudantes. Ao proporcionar vivências além da graduação, o projeto supre lacunas na formação ao permitir que os discentes apliquem os conhecimentos adquiridos em sala de aula no seu atendimento aos pacientes e familiares. Ademais, a extensão fomenta a produção de conhecimento científico, pois a interação com a população possibilita a identificação de desafios e demandas, contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas voltadas à melhoria da assistência e da educação em saúde. Outrossim, o projeto destaca o papel

educador da enfermagem, contribuindo para a desconstrução de preconceitos, com o compromisso de alcançar mais pessoas e fortalecer a conscientização sobre a prevenção precoce do câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer de próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2024 [acesso 1 março 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata>.
- (2) Universidade Federal Fluminense. O que é a extensão? [Internet]. Niterói: UFF [acesso 7 março 2025]. Disponível em: <https://www.uff.br/extensao/o-que-e-a-extensao/>.

ACOMPañAMIENTO SINDICAL Y PROMOCIÓN DE DERECHOS. RELATO DE UNA EXPERIENCIA JUNTO AL SINDICATO DE LA INDUSTRIA DE LA MADERA EN URUGUAY

Nicolás Rodríguez¹

Jimena Heinzen

Walter Miglónico

Maite Zapata

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presenta una experiencia de acompañamiento sindical con el sindicato de la industria de la madera en Uruguay. Un equipo de profesionales y docentes del campo de la salud colectiva, desde el año 2017 desarrollan procesos de formación e investigación con este colectivo sindical. Durante los tres primeros años de trabajo se logró aproximarse al sector y a la producción científica en torno al tema, así como construir un vínculo entre actores sindicales y académicos. En esta primera etapa se analizó el proceso de trabajo en viveros y cosecha forestal a través de entrevistas y talleres. Se identificaron los principales peligros en salud laboral, y las características de las estrategias de cuidado dentro del sector. A partir de esta primera exploración se concluyó que el salario por productividad, las presiones de calidad de mandos medios, y la multiplicidad de empresas tercerizadas que funcionaban en el sector, intensificaban los procesos peligrosos para la salud. Esto permitió generar una agenda conjunta en materia de prevención y promoción de la salud, la cual involucró dos áreas: a) el desarrollo de los espacios bipartitos en salud y seguridad laboral; y b) el abordaje de los problemas de salud desde el análisis de la división social y organización del trabajo(1). Este informe de experiencia se centra en esta segunda etapa del trabajo conjunto.

OBJETIVO

Describir y analizar la experiencia de acompañamiento sindical en salud laboral desarrollada entre los años 2021 y 2024 con el sindicato de la industria de la madera en Uruguay. En específico, se buscará reflexionar sobre los aspectos referidos a la construcción del equipo universitario, los problemas de salud priorizados y abordados junto al sindicato, y la promoción de espacios bipartitos en salud y seguridad laboral con las empresas del sector.

METODOLOGÍA

La salud colectiva en general y la salud laboral en particular, es un campo de estudios e intervención de características interdisciplinarias e intersectoriales(2). Hasta el 2021, el acompañamiento de este sindicato se realizaba en conjunto con su secretaría de salud laboral, y profesionales y docentes del

1 Universidad de la República. E-mail: nicolasr@psico.edu.uy.

ámbito de la medicina familiar y la psicología, con formación en epidemiología y salud colectiva. Considerando los procesos peligrosos para la salud identificados, el equipo se amplió con un técnico prevencionista, con amplia trayectoria dentro del movimiento sindical uruguayo; y una médica especialista en salud ocupacional, también con formación en epidemiología. A su vez, para actividades puntuales se contactó a referentes nacionales en medicina laboral. Esta ampliación del equipo permitió incluir áreas que aún no habían sido abordadas. Sin embargo, el trabajo voluntario de parte de estas personas o el contar con financiaciones puntuales, limitó las posibilidades para acompañar al sindicato de manera sistemática.

Más allá de esto, en diálogo con este colectivo, se organizó un ciclo de actividades virtuales de formación e intercambio. La modalidad de trabajo buscó contemplar la dispersión territorial del sindicato. Los temas abordados fueron: lesiones osteomioarticulares de causa laboral; riesgos de la exposición a polvo de madera en aserraderos; riesgos psicosociales y salud mental relativa al trabajo; y accidentes y enfermedades profesionales prevalentes en el sector. Estas actividades a distancia contaron con una exposición inicial breve de la persona referente, y luego se estimulaba el intercambio con quienes participaron. A partir de este ciclo de charlas- taller se reconocieron nuevos saberes y experiencias obreras para el abordaje de la salud laboral, así como la relevancia de una comunicación dialógica entre actores sindicales y del mundo académico o profesional(3).

Por último, la modalidad de acompañamiento sindical acordada posibilitó que, en ciertas empresas, se redefinieran los espacios bipartitos en salud y seguridad laboral. En Uruguay, el Convenio N.º 155 de la Organización Internacional del Trabajo se reglamentó con los Decretos 291/07 y 244/16. De acuerdo a esta normativa, estos espacios deben organizarse en acuerdo entre el colectivo sindical y la empresa. Al mejorarse las capacidades y la formación del sindicato, se observó que era necesario revisar el diseño organizativo que había sido acordado con algunas empresas del sector. En particular, esto buscaba poder incidir en los procesos peligrosos para la salud de los sectores de actividad más precarizados, como son los viveros forestales. De acuerdo a sus dimensiones y ubicación en el territorio, estos cuentan con una multiplicidad de empresas tercerizadas que, en un mismo establecimiento, realizan tareas similares. Esto implicó el intercambio sobre la generación de nuevos protocolos y analizar las posibilidades que brindaba la normativa vigente en el país.

CONSIDERACIONES

Esta segunda etapa del proceso de acompañamiento sindical permitió concluir que la precariedad laboral no sólo alcanza a las condiciones de trabajo dentro del sector, sino también a las respuestas institucionales que se le brindan al colectivo sindical. Entre ellas se incluye la propia respuesta universitaria y del campo de la ciencia y tecnología. En segundo lugar, esta experiencia favoreció la reflexión crítica sobre la pertinencia y alcances de los abordajes participativos en salud laboral. Para esto es necesario revisar los mecanismos de comunicación dialógica, así como la inclusión de modelos de vigilancia civil de la salud⁵. Finalmente, el acompañamiento sindical desde una concepción operativa

de grupo, permitió evaluar la situación y definir una tarea en común. Avanzar en proyectos conjuntos, que contemplen sus dimensiones ideológicas, sociales y técnico- operativas, puede posibilitar ampliar las capacidades promocionales de esta experiencia en curso(4-7).

REFERENCIAS

- (1) Rodríguez N, Heinzen J. Salud y trabajo forestal en el Uruguay: una aproximación cualitativa y participativa a su fase primaria. Rev Salud Trabajadores. 2021;26(1):35-46.
- (2) Miglioni W. Trabajo y salud: guía para la acción sindical. Montevideo: PIT-CNT; 2006.
- (3) Martinez S. La investigación participativa como práctica social y su aportación al mundo laboral a través del Modelo Obrero. Rev Salud Trabajadores. 2007;15(2):107- 118.
- (4) Alzugaray S. Ciencia-no-hecha y trabajadores del arroz en Uruguay. Cuadernos Antropol Soc. 2016;43:95-114.
- (5) Sevalho G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. Physis. 2016;26(2):611-632.
- (6) Saidón O, Heras A, Kendelman G. Grupos. Teoría y técnica. CABA: Ediciones INCLUIR; 2020.

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO SEXUAL NA CONJUNTURA ESCOLAR

Vinícius Perinetto Pontel¹

Kátia Bones Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A educação sexual envolve a transmissão de informações, habilidades e valores que auxiliam os jovens a exercer seus direitos sexuais e reprodutivos; e tomar decisões sobre sua saúde e sexualidade. No Brasil, entre 2007 e 2022, houve um aumento significativo de infecções por HIV entre jovens de 15 a 24 anos(1), representando uma parcela considerável das novas infecções no país. Isso corroborou para uma crescente demanda por intervenções psicossociais no contexto educativo, visto como um espaço crucial para garantir direitos relacionados à sexualidade.

Nesse cenário, os direitos sexuais integram questões relacionadas à sexualidade e identidade de gênero ao campo dos direitos humanos. Eles não se limitam à saúde ou reprodução, mas abrangem diversas expressões da sexualidade. Portanto, uma educação sexual pautada nos direitos humanos deve promover uma compreensão ampliada, incluindo autoestima, relações de gênero e o enfrentamento de preconceitos. Revisões sistemáticas indicam evidências sólidas de que intervenções psicossociais em educação sexual promovem práticas sexuais mais seguras(2). O estudo se justifica diante da necessidade de intervenções longitudinais, contextuais e não restritivas a uma leitura fisicalista de sexualidade(3).

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é apresentar o processo de adaptação transcultural para o Brasil do protocolo *South Africa and Tanzania* (SATZ), apontada no relatório da UNESCO “Review of the Evidence on Sexuality Education Report–International Technical Guidance on Sexuality Education”⁴ como uma das mais completas e eficazes intervenções no campo da educação sexual. Também se objetiva avaliar os resultados do estudo piloto dessa intervenção de educação sexual no contexto escolar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, quase-experimental e com avaliação pré e pósintervenção. Para a adaptação transcultural, utilizou-se o instrumento ADAPT-IT, instrumento criado para a adaptação de intervenções preventivas ao HIV. O presente estudo se centrou na realização das seguintes etapas: 1) Seleção da intervenção; 2) Tradução da intervenção; 3) Adaptação dos módulos ao contexto brasileiro; 4) Capacitação da equipe; 5) Apresentação da intervenção para profissionais da educação; 6) Estudo-piloto.

1 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: viniciusperinettopontel@gmail.com.

O estudo piloto envolveu 35 adolescentes com idade média de 15,2 anos (DP=0,92), estudantes do nono ano do ensino fundamental de duas escolas públicas da região metropolitana de Porto Alegre. Os estudantes foram avaliados em dois momentos: no tempo 1 (T1), foram avaliados antes da intervenção; no tempo 2 (T2), a avaliação foi feita imediatamente após a intervenção. Em cada escola foram realizados 11 encontros semanais, com duração de 1 hora e 30 minutos cada. As variáveis avaliadas foram a intenção de uso do preservativo; conhecimentos e estigma relacionado ao HIV; e comunicação assertiva.

RESULTADOS

A adaptação da intervenção incluiu alterações na duração planejada, materiais, tópicos de aprendizagem e métodos educacionais. O protocolo original contava com 16 experiências de aprendizagem, organizadas em encontros semanais de 2 horas e um período aproximado de 5 meses de intervenção. Considerando demandas das escolas, tanto curriculares quanto específicas, optou-se por modificar a intervenção para 11 experiências, com encontros de 1 hora e 30 minutos e uma média de 3 meses de processo. No que concerne às temáticas, o protocolo original contava com 47 atividades no total. Dessas, 44,7% seguiram sem nenhuma alteração. Devido às necessidades do contexto escolar e cultural, 23,4% foram retiradas, 21,3% adaptadas e 2% substituída.

A equipe que realizou o piloto recebeu formação e foi acompanhada semanalmente para estudo conjunto do protocolo. No piloto, os resultados preliminares mostram que 36,4% dos adolescentes relataram ter tido relações sexuais. Após a intervenção, houve aumento na intenção de usar preservativo (68,6% no pré e 87,1% no pós). Quanto ao conhecimento sobre o HIV, a percepção de que uma pessoa com HIV pode parecer saudável passou de 68,6% para 93,5%; a aceitação de jovens com HIV frequentarem a escola aumentou de 62,9% para 87,1%; e a disposição de visitar um amigo com HIV foi de 62,9% para 80%. Além disso, os adolescentes se sentiram mais confortáveis em falar sobre o uso do preservativo com o parceiro (70,6% para 90,3%) e em convencer o parceiro a usá-lo (74,3% para 93,1%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A adaptação da SATZ contempla múltiplos eixos centrais ao debate sobre sexualidade, o que amplia a ênfase em aspectos dialógicos e participação da comunidade escolar; e demonstra-se alinhada à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Trata-se de uma proposta que estimula reflexões e propõe estratégias de enfrentamento que extrapolam o modelo biomédico tradicional, ao promover uma abordagem integral do cuidado e ao valorizar os direitos sexuais e reprodutivos. Com as adaptações descritas neste estudo, o protocolo demonstra potencial para contribuir com a promoção da justiça social e com políticas públicas nas áreas da saúde, educação e assistência social, ao considerar a sexualidade como um direito humano e um campo interdisciplinar. Ademais, os dados preliminares do estudo piloto indicam efeitos positivos, que serão confirmados em uma amostra maior.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/Aids – Número Especial. 2022.
- (2) Furlanetto MF *et al.* Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. Cad Pesqui. 2018;48(168):550–71.
- (3) Kirby D, Laris BA. Effective curriculum based sex and STD/HIV education programs for adolescents. Child Dev Perspect. 2009;3(1):21–9.
- (4) Montgomery P, Knerr W. Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International technical guidance on sexuality education. Paris: UNESCO; 2018.

ALEITAMENTO POR HOMENS TRANS E SUAS PARCERIAS: AVANÇOS E DESAFIOS

Andrea da Silva Araújo Marques Novo¹

Elias Damacena Lima

Fanny Eichenberger Barral

Leila Ambros Costa

Robson da Paixão de Souza

Yan Borges Sales Filho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Transgesta é um programa que desde o ano de 2021 é desenvolvido por uma maternidade escola pública em Salvador-BA. Volta-se à assistência de pessoas que se reconhecem e se declaram transexuais, travestis, transgêneras e demais formas de vivência da expressão da identidade de gênero. O atendimento a pessoas trans durante o período gravídico puerperal envolve particularidades, como questões referentes ao processo de hormonização, condições emocionais e clínicas provenientes da gestação e do puerpério, aspectos relacionados à vinculação com o bebê, incluindo contato pele a pele e aleitamento. Esse último, representa importante pilar para a saúde. O leite humano é o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantis¹. Ao trabalhar com o público trans, é essencial compreender a construção familiar, adaptando o processo de aleitamento às especificidades de cada caso. Ele deve ser abordado desde o início do acompanhamento gestacional, com o objetivo de orientar as possibilidades da prática e acolher os desejos da família, promovendo uma construção compartilhada com a equipe multiprofissional. Assim, o aleitamento não se limita à pessoa gestante, podendo envolver a parceria ou ambos, configurando como colactação.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é apresentar os dados iniciais sobre a prática de aleitamento por homens trans e suas parcerias no Programa Transgesta, destacando os avanços e desafios dessa prática. Além disso, busca-se descrever a experiência da indução da lactação nas parcerias de homens trans, avaliando as etapas do protocolo adotado, os desafios enfrentados durante o processo e os fatores que influenciaram a continuidade ou interrupção do aleitamento após o parto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo que apresenta os resultados iniciais sobre a prática do aleitamento por homens trans e suas parcerias no âmbito do Programa Transgesta,

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: andrea.novo@ebserh.gov.br

abrangendo o período de 2021 a 2024. A investigação baseou-se na análise de prontuários eletrônicos dos pacientes assistidos, com o objetivo de identificar a realização do aleitamento pelo gestante, o estímulo à lactação e/ou a prática de estímulo à lactação. A análise dos dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2025 e integra o projeto de pesquisa Transgesta. O estudo seguiu todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações dos participantes. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira – UFBA, EBSERH, sob o número de parecer 79580124700005543.

RESULTADOS

Foram realizados dez atendimentos, dos quais um resultou em aborto legal e nove pacientes e suas parcerias foram incluídos na análise. Dentre esses, quatro gestantes optaram por realizar o aleitamento, sendo uma delas pela colactação com sua parceira cisgênero. Cinco pacientes escolheram não realizar o aleitamento e, em dois casos, os homens trans tiveram suas parceiras (uma cisgênera e uma transgênera) responsáveis pelo aleitamento. A indução da lactação, portanto, foi realizada em três parcerias, seguindo orientações do Ministério de Saúde em três etapas: preparação hormonal do tecido mamário, estímulo à produção de prolactina e estimulação mecânica da mama. As pessoas interessadas passaram por triagem laboratorial com exames de rotina, semelhantes aos exigidos para a doação de leite humano. A produção de leite foi alcançada em todos os casos antes do parto, mas em volume reduzido. Após o nascimento, o acompanhamento foi interrompido devido a dificuldades pessoais dos pacientes, resultando na descontinuidade do aleitamento e risco de insegurança alimentar para a criança. Os principais desafios incluíram a baixa adesão ao aleitamento, impactada por fatores emocionais e pela falta de apoio social, além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde no pós-parto, o que afetou a vivência parental das famílias. Destaca-se que a interrupção do acompanhamento no pós-parto, muitas vezes relacionou-se ao difícil acesso aos serviços de saúde, prejudicando a permanência do aleitamento e impactando a experiência parental das famílias.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O aleitamento é prática presente no contexto da parentalidade trans. Nesse sentido, a possibilidade de indução da lactação, já documentada em outros contextos, revelou-se viável também as parcerias de pessoas trans desde que seguidas as etapas adequadas de preparação hormonal, estimulação da prolactina e sucção mecânica. Entretanto, a adesão ao processo demonstrou-se um desafio, especialmente no pós-parto, devido às barreiras pessoais e estruturais que impactaram a continuidade do aleitamento.

REFERÊNCIAS

- (1) Marques RFSV, Lopez FA, Braga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatría*. 2004; 80(2): 99-10.

ANÁLISE DAS BARREIRAS DE ACESSO AO PRONTO ATENDIMENTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O USUÁRIO DO SUS

Ana Beatriz Calazans Faluba¹

Eduardo Foldes Guimarães Telles

Gabriella Paiva de O. do Amparo

João Victor Marques

Rafael Marques Veloso

Ricardo Costa Rodriguez y Rodriguez

Victória Amado Nunes Menezes

Vitória Gonçalves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O acesso ao pronto atendimento representa uma dimensão crítica da assistência à saúde no Brasil (1). Este estudo, baseado em vivências em uma UPA do município de Macaé (RJ), objetiva descrever as principais barreiras enfrentadas pelos usuários e suas consequências. Durante quase dois meses, alunos de Medicina da UFRJ observaram diretamente o funcionamento da unidade e os desafios vividos pelos pacientes. Foram identificados obstáculos como a morosidade no atendimento, insuficiência de recursos estruturais e falhas na comunicação. Os relatos evidenciam que esses entraves comprometem a continuidade do cuidado e elevam os riscos clínicos. Além disso, a vivência contribuiu para a compreensão das desigualdades enfrentadas por populações vulneráveis, reforçando a importância de políticas públicas voltadas à equidade no acesso e à humanização dos serviços (2). As experiências analisadas revelam que o SUS, apesar de seus avanços constitucionais, ainda enfrenta dificuldades práticas em garantir o acesso digno e oportuno à saúde.

OBJETIVO

Analisar o serviço prestado pela UPA aos usuários do SUS, com foco nas barreiras de acesso enfrentadas e nas consequências dessas limitações para a experiência e o desfecho clínico dos pacientes.

METODOLOGIA

Relato de experiência descritivo realizado por estudantes de Medicina da UFRJ–Macaé, no âmbito da disciplina Saúde da Comunidade. As visitas à UPA ocorreram entre 12/03 e 01/04/2024, com duração média de duas horas diárias. A observação foi acompanhada por entrevistas semiestruturadas com os usuários, baseadas em roteiros elaborados previamente durante oficinas em sala de aula. Os alunos acompanharam os pacientes desde sua chegada até a saída da unidade, vivenciando as etapas de recepção, triagem, consulta médica e retirada de medicamentos. A partir dos 15 casos observados,

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: vicamado13@hotmail.com

foram selecionados dois para análise neste trabalho, em função da recorrência de barreiras no acesso e impacto direto no tratamento. Os dados foram analisados qualitativamente, buscando compreender os atravessamentos sociais e estruturais que comprometem o atendimento na rede de urgência e emergência (3).

RESULTADOS

Nos dois casos analisados, observou-se a influência de barreiras relacionadas à estrutura, administração e das relações interpessoais no acesso ao cuidado. A paciente M.L., com suspeita de dengue, enfrentou demora no atendimento e insatisfação com as condições da unidade. O tempo de espera prolongado e a escassez de profissionais geraram insegurança no tratamento e desgaste emocional. Já a paciente L.T., mesmo tendo plano de saúde, recorreu ao SUS, mas abandonou o atendimento em duas ocasiões por ausência de soro antirrábico e longa espera na triagem. Em ambos os casos, houve descontinuidade do cuidado. As experiências evidenciam falhas críticas no acolhimento, na comunicação e na gestão dos recursos, reforçando que a morosidade, a negligência e a estrutura precária desestimulam o uso dos serviços. Além disso, apontam para um problema mais amplo: a desumanização do cuidado em ambientes hospitalares, que perpetua relações assimétricas e hierárquicas (4) entre usuários e profissionais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As barreiras de acesso observadas na UPA em questão demonstram como a precariedade estrutural, a má gestão e as falhas comunicacionais impactam negativamente a saúde dos usuários do SUS. Os casos analisados evidenciam o risco de agravamento clínico, evasão do atendimento e sentimento de desamparo. Isso reforça a necessidade de investimento em infraestrutura, valorização das equipes de saúde (5) e adoção de práticas de comunicação mais humanizadas entre os profissionais e os usuários do SUS. Somente por meio de um SUS fortalecido e centrado na escuta ativa será possível garantir o cuidado digno (6) e integral para a população que o utiliza.

REFERÊNCIAS

- (1) Paim J *et al.* The Brazilian health system. *The Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
- (2) Santos L. O direito à saúde na Constituição de 1988. *Rev Direito Sanitário*. 2013.
- (3) Arretche MTS. Federalismo e políticas sociais no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*. 2004; 18(2):17-26.
- (4) Giovanella L. *et al.* Challenges of the Unified Health System. *Ciênc Saúde Colet*. 2009.
- (5) Silva JAM, Terrazas FV. Judicialização da saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011.
- (6) Paula P. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos como referência. *Agência Saúde*. 1970.

ANÁLISE HISTÓRICA-DOCUMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ECONOMIA DA SAÚDE BRASILEIRA: DESAFIOS PARA A EQUIDADE E DIREITOS SOCIAIS

Lorena de Macêdo Silva¹

Jordana Crislayne de Lima Paiva

Elinaldo Bernardo de Oliveira Júnior

João Maria Macêdo da Costa

Manoel Honório Romão

Andréa Santos Pinheiro

Mônica Karina Santos Reis

Thaísa Góis Farias de Moura Santos Lima

Israel José dos Santos Felipe

Ricardo Alexandro de Medeiros Valentim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A economia da saúde desempenha um papel fundamental na formulação de políticas públicas voltadas à equidade e à universalização do acesso aos serviços de saúde (1,2). No Brasil, a gestão eficiente dos recursos públicos é essencial para garantir a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e responder às crescentes demandas da população (3).

Neste contexto, a transparência na aplicação dos recursos públicos e o fortalecimento de mecanismos de controle são fundamentais para otimizar gastos e garantir que os direitos sociais sejam respeitados (4,5). Instrumentos como o Banco de Preços em Saúde (BPS) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) contribuem para a racionalização das compras públicas, assegurando economicidade e eficiência (6).

Este estudo analisa documentos oficiais do Ministério da Saúde para compreender como a economia da saúde tem sido estruturada no Brasil e quais desafios ainda precisam ser superados para garantir um sistema equitativo e sustentável (7). A partir dessa análise, busca-se refletir sobre políticas que possam aprimorar a gestão da saúde pública, equilibrando responsabilidade fiscal e justiça social.

OBJETIVO

Compreender o desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro no contexto da economia da saúde. Por meio de uma análise documental do Ministério da Saúde, busca-se descrever como essas iniciativas têm contribuído para a promoção da equidade em saúde. Além disso, pretende-se identificar desafios e oportunidades para aprimorar a sustentabilidade e a justiça social no âmbito das políticas de saúde pública.

1

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: lorena.silva@lais.huol.ufrn.br

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada com um estudo documental de caráter qualitativo e quantitativo, analisando publicações sobre economia da saúde entre 1988 e setembro de 2024. Foram coletados 126 documentos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Ministério da Saúde (6). Utilizou-se uma planilha virtual para registro de informações como título, autores e ano de publicação, além de que os documentos foram lidos integralmente, resenhados e classificados conforme gênero documental, ano e tipologia.

Os documentos também foram organizados em categorias baseadas no artigo “Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?” que apresenta um esquema abrangente dos principais elementos da economia da saúde (2). As análises qualitativa e quantitativa mapearam a evolução dos temas ao longo do tempo.

RESULTADOS

A análise documental evidenciou uma junção de ferramentas e orientações para a administração dos recursos públicos em saúde, com ênfase na eficiência, transparência, equidade e sustentabilidade do SUS (3,6). Dessa forma, foram criados eixos temáticos que abrangem os assuntos mais relevantes, desde a racionalização do uso de medicamentos até a promoção da economicidade (4). Destaca-se a criação e utilização de ferramentas como o Banco de Preços em Saúde (BPS) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que centralizam dados e embasam a tomada de decisões estratégicas.

No âmbito legislativo, os documentos ressaltam a importância de dispositivos legais, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (5) e a Lei de Acesso à Informação (LAI) (6), que assegura a divulgação transparente das decisões e dos procedimentos administrativos. Além disso, mostram a necessidade de unir diferentes aspectos, como a transparência na divulgação de preços, o controle dos gastos e a promoção de diretrizes para a aplicação dos recursos financeiros do SUS.

Outro aspecto relevante é a produção bibliográfica diversificada, que inclui cartilhas, guias técnicos, relatórios, manuais e artigos (6). Esses materiais reforçam o papel da análise econômica, por meio de métodos de custo-efetividade e de indicadores de desempenho, como suporte essencial para a gestão e avaliação dos serviços de saúde (7).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os documentos refletem uma abordagem fundamentada em princípios de economia da saúde, que busca não apenas otimizar a alocação de recursos, mas também promover equidade e qualidade no acesso aos serviços públicos. Os direitos sociais devem ser a base para garantir um acesso abrangente e justo aos serviços de saúde, para oferecer qualidade e sustentabilidade (1,3).

Nesse contexto, a adoção de mecanismos que assegurem a divulgação transparente das decisões

administrativas e incentivem a participação de diversos fornecedores nas compras públicas é fundamental para otimizar recursos e evitar desperdícios. Políticas públicas integradas, que conciliam equidade, responsabilidade fiscal e eficiência, são indispensáveis para enfrentar os desafios contemporâneos e promover a saúde coletiva de maneira efetiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Fryatt R, Bennett S, Soucat A. Health sector governance: should we be investing more? *Global Health*. 2017;13(1):45. Doi: 10.1186/s12992-019-0537-z.
- (2) Culyer AJ. The normative economics of health care finance and provision. *In*: Culyer AJ. *Economics*. London: Palgrave Macmillan; 1989. p. 1-13. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-18800-0_1.
- (3) Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU nº 1565, de 06 de julho de 2004. Dispõe sobre fiscalização e controle de despesas na saúde pública. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2004.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. Estabelece diretrizes para aquisição de medicamentos pelo SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2000.
- (5) Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2000.
- (6) Brasil. Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Regulamenta o acesso a informações previsto na Lei nº 12.527/2011. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2012.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Publicações em economia da saúde (Internet). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 10 setembro 2024]. Disponível em: <https://economia.saude.bvs.br/publicacoes-desid-sectics-ms/>.

APLICAÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Paula Marin Cepeda¹
Thiago Nascimento Evangelista

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A experiência demonstrou a aplicabilidade do Genograma e Ecomapa como ferramentas essenciais para abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme proposto por Starfield (1). O estudo com “Sr. João”, idoso de 68 anos, evidenciou como essas ferramentas permitem compreender dinâmicas familiares e redes de apoio no contexto do cuidado integral (2). A construção do Genograma identificou estrutura familiar e eventos críticos, enquanto o Ecomapa revelou conexões com serviços de saúde e comunidade, reforçando a importância da abordagem biopsicossocial na APS (3). Os resultados destacam o potencial desses instrumentos para qualificar a prática clínica através da integralização do cuidado (4).

OBJETIVO

Relatar a experiência de aplicação dessas ferramentas no acompanhamento de um idoso na ESF, analisando sua contribuição para o cuidado integral (2).

METODOLOGIA

A experiência com o Sr. João ilustra a aplicação prática dos princípios da integralidade na APS (1). Durante as visitas domiciliares, o Genograma revelou uma família extensa com forte coesão afetiva, apesar da dispersão geográfica, e identificou o falecimento da esposa como evento crítico impactante—aspectos fundamentais para compreensão do contexto de saúde (2).

O Ecomapa, por sua vez, demonstrou como as redes sociais e comunitárias influenciam diretamente o processo saúde-doença (3). A análise integrada dessas ferramentas permitiu à equipe identificar não apenas necessidades clínicas, mas principalmente os determinantes sociais da saúde do paciente, conforme preconizado pela abordagem integral na APS (4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência reforçou que o Genograma e Ecomapa são instrumentos poderosos para operacionalizar os princípios da integralidade na prática da APS (1). Como demonstrado no caso do Sr. João, essas ferramentas permitem transcender o modelo biomédico tradicional, incorporando as dimensões psicossociais essenciais para um cuidado verdadeiramente integral (2-4).

1 Universidade Federal da Integração Latino-Americana. E-mail: mpm.cepada.2023@aluno.unila.edu.br

REFERÊNCIAS

- (1) Starfield B. Atenção Primária. Brasília, DF: UNESCO; 2002.
- (2) Sá JS *et al.* Uso do genograma e do ecomapa na avaliação das relações familiares de crianças em situação de vulnerabilidade e violencia. *Saúde Debate*. 2023;46:80-90.
- (3) Couto MCPP *et al.* Terapia familiar sistêmica e idosos: contribuições e desafios. *Psicol Clin*. 2008;20(1):135-52.
- (4) Vasconcellos LS *et al.* *Kairós Gerontol*. 2023;26(1):123-39.

AS NOVAS RELAÇÕES DE TRABALHO: SAÚDE E DIREITO DO TRABALHADOR

Elizabeth Silva de Sousa¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os últimos anos foram marcados por relevantes discussões frente às transformações nas relações de trabalho com a introdução de novas dinâmicas e desafios tanto para empregadores quanto para trabalhadores. A revolução tecnológica e a ascensão de ferramentas digitais, plataformas online e a inteligência artificial remodelaram o ambiente laboral, exigindo uma reavaliação dos direitos trabalhistas tradicionais para garantir a proteção adequada dos profissionais.

A saúde e a doença são processos dinâmicos, articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade e contempla-se na reforma trabalhista a flexibilização na relação entre empregado e empregador. De certo, ambos os eixos estão coagidos mediante ao status da informalidade e precarização da atenção a saúde e dos direitos trabalhistas. Questiona-se: com o desenvolvimento das novas tecnologias e das novas relações no mercado de trabalho, o ordenamento jurídico brasileiro possui regramentos mínimos e apoio normativo na legislação atual no direito e no âmbito da saúde que protejam os trabalhadores? O estudo justifica-se pela necessidade de conhecimento do que se tem discutido e produzido no território brasileiro, no âmbito do direito e na esfera da saúde.

OBJETIVO

Tem-se como objetivo geral: Conhecer e articular as produções legislativas nos domínios do Direito e na esfera da Saúde produzidas a partir das necessidades apresentadas pelas novas relações de trabalho no Brasil.

Objetivos específicos: apurar os impactos das novas tecnologias e relações do mercado de trabalho na saúde dos trabalhadores e, analisar as legislações que estão sendo sancionadas pelo congresso nacional e sua funcionalidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória, a respeito das novas relações de trabalho relacionadas à saúde e aos direitos do trabalhador, desenvolvida com base em obras de livros e artigos científicos pesquisados nas bases de conteúdo tais como: Scielo e Google Acadêmico

Os artigos tratam da temática e foram selecionados a partir de descritores chaves como: “relações de trabalho”, “direito digital trabalhador” e, “saúde trabalhador”. E foram publicados entre os anos de 2020 a 2025, entretanto foram incluídos alguns comentários de publicações de período anterior

1 Universidade do Estado da Bahia. E-mail: enfaelizabethsousa.audgq2@gmail.com

devido à importância de suas obras para a respectiva temática. Para análise de dados foi realizada categorização dos elementos que se relacionam entre si, estabelecendo dois princípios de classificação, mutuamente excludentes. O primeiro foca no ramo do direito e produções legislativas que buscam minimizar impactos sobre os direitos dos trabalhadores; o segundo foca no âmbito da saúde e as alterações das políticas públicas para abranger a saúde do trabalhador, de ampla sobre a acessibilidade aos programas específicos do SUS.

RESULTADOS

A primeira linha de categorização discorre sobre a legislação trabalhista na era do teletrabalho, e trabalho baseado em plataformas digitais. Embora o Direito do Trabalho evolua lentamente em comparação com a velocidade das mudanças tecnológicas, algumas iniciativas estão sendo implementadas como o Direito do Trabalho Digital (1). Aborda-se a regulamentação de plataformas digitais (Lei nº 12.551/2011, que alterou o artigo 6º da CLT e em parágrafo único dispôs que os meios telemáticos e informatizados, como WhatsApp, e-mail, Zoom. (2); o marco regulatório do teletrabalho: implementado a partir da Medida Provisória (MP) nº 1.108, de março de 2022 a Lei nº 14.442/2022 para modernizar as relações trabalhistas e proteger os direitos sociais dos trabalhadores remotos. (3); o direito à privacidade relacionada ao uso de IAs no tratamento de dados, sob o aspecto da Lei nº 13.709/2018, que dispõe sobre a Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (4); e a flexibilização do horário de trabalho e desconexão digital que apesar de não haver lei específica no país as discussões buscam assegurar que o trabalhador não fique à disposição do empregador 24 horas por dia.

A segunda categoria estudada gira em torno da Precarização do Trabalho e da Saúde do Trabalhador onde os impactos estão sendo amplamente discutidos pelas partes interessadas afim de dirimir riscos e controlar situações adversas. Foram laureados no estudo, entre outros aspectos a informalidade e suas inúmeras consequências como: acidentes e doenças ocupacionais, ausência de proteção social; a síndrome de burnout que em janeiro de 2022 foi reconhecida e classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como doença ocupacional crônica.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As novas formas de organização do mercado de trabalho e as inovações tecnológicas foram profundamente transformadas ao longo dos últimos anos o que predispõem a uma realidade abstrata pois, esta encontra-se em constante evolução. Assim, para assegurar a formalização dessas novas modalidades de trabalho, a proteção contra a precarização, a garantia de direitos digitais e a promoção da saúde e bem-estar dos profissionais é preciso que a legislação trabalhista evolua em consonância com as mesmas.

Esta nova realidade contempla alguns cuidados que devem ser assegurados mediante a utilização de inteligências artificiais. As empresas devem garantir que a IA seja utilizada de maneira

justa e equitativa, evitando a discriminação e garantindo a privacidade dos dados dos empregados protegendo a individualidade dos mesmos e da coletividade.

REFERÊNCIAS

- (1) Direito do Trabalho Digital: Desafios e Oportunidades na Era da Tecnologia. 16 dez. 2024 [acesso 20 março 2025]. Disponível em: <https://www.nra.adv.br/direito-do-trabalho-digital-desafios-e-oportunidades-na-era-da-tecnologia>.
- (2) Brasil. Lei nº 12.551, de 15 de Dezembro de 2011 [acesso 20 março 2025]. Regulamentação que altera o art. 6º da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943, para equiparar os efeitos jurídicos da subordinação exercida por meios telemáticos e informatizados à exercida por meios pessoais e diretos. Diário Oficial da União. 2011.
- (3) Brasil. Lei nº 14.442, de 02 de setembro de 2022 [acesso 1 abril 2025]. Dispõe sobre o pagamento de auxílio-alimentação ao empregado e altera a Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14442.htm.
- (4) Barroso FT, Leão Sobrinho HC. Relações de trabalho e o uso da inteligência artificial como controle das atividades: estudo comparado entre o Brasil e a Alemanha. *Ágora Filosófica*. 2014;24(1):179-207.

ASPECTOS DA POBREZA MENSTRUAL EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Milena Aparecida Tiepolo Clososki¹

Carlos André Barbosa Fonseca

Jéssica Carolina Guimarães

Amanda Avila da Silva

Jhoana Freitas Cecatto

Thamiris Gabrieli de Oliveira Mascêncio

Denise Stela Inácio Ganga

Alisson Oliveira dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O desabastecimento de medicamentos já é considerado um problema de saúde pública e representa um obstáculo importante para a garantia do acesso, consequentemente, do direito à saúde (1). Tal situação compromete diretamente a Política de Assistência Farmacêutica que orienta a integralidade dos serviços e cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS). Quando o assunto são os antibióticos, os desafios são gigantes, pois estamos falando do crescimento dos óbitos atribuídos a resistência antimicrobiana, que passou de 1,06 milhão por ano em 1990 para 1,14 milhão em 2021. E esses valores devem aumentar em todas as regiões do mundo de forma mais acelerada comparado às últimas décadas (2). Essa classe terapêutica também tem sido apontada como uma daquelas que apresentam maior situação de desabastecimento sanitário tanto na rede privada quanto na rede pública (3). A insegurança no tratamento com antibióticos revela a fragilidade que o país enfrenta em garantir o acesso à saúde. Esse e outros agravos nos convocam a romper com a dependência do mercado externo no setor farmacêutico e a necessidade de pensarmos política industrial farmacêutica na direção da soberania nacional. Esse trabalho é parte de um projeto que visa extrair dados e analisar o papel do Estado brasileiro para o setor de insumos e medicamentos a luz da Teoria Marxista da Dependência.

OBJETIVO

Refletir criticamente sobre os múltiplos desafios enfrentados por mulheres em situação de rua no contexto da pobreza menstrual, destacando aspectos econômicos, políticos, culturais e legais que intensificam sua vulnerabilidade e dificultam o acesso à direitos básicos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica baseada em revisão de literatura científica. A pesquisa foi realizada em bases de dados como Medline, Scielo, BVS e LILACS, com recorte temporal entre 2020

1

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. E-mail: milena.clososki@ufms.br

e 2024. Os critérios de inclusão focaram em estudos que abordam a saúde reprodutiva de mulheres em situação de rua, especialmente após a menarca. Foram considerados artigos nacionais e internacionais, de modo a proporcionar uma perspectiva ampla sobre o tema. A seleção dos dados priorizou estudos que abordam os desafios enfrentados por essas mulheres, com ênfase em saúde menstrual, acesso a serviços públicos e políticas sociais. A discussão levou em conta a complexidade dos fatores envolvidos na pobreza menstrual, como as barreiras estruturais, a negligência governamental, a falta de políticas públicas efetivas e o impacto da exclusão social na saúde física e mental das mulheres em situação de rua.

RESULTADOS

A análise da literatura revelou que a pobreza menstrual é uma problemática multifacetada, agravada por fatores estruturais como a falta de moradia, alimentação e saneamento, ou seja, fatores interseccionais. Mulheres em situação de rua são expostas a constantes violações de direitos e enfrentam sérias dificuldades durante o período menstrual, recorrendo a práticas improvisadas e insalubres, como o uso de panos sujos e jornais. Dados do CadÚnico mostram que, embora a maioria das pessoas em situação de rua seja masculina, as mulheres concentram 40% dos casos de violência. [3] Fatores como perda de documentos, estigma e exclusão digital dificultam o acesso a programas sociais, como o “Dignidade Menstrual”, que tem necessidade de documentos e dispositivos digitais, aos quais essas mulheres, muitas vezes, não possuem acesso. As barreiras culturais, como tabus em torno da menstruação e a aporofobia, intensificam a exclusão dessas mulheres (4). O sistema de saúde ainda as marginaliza, com atendimentos precários e atitudes discriminatórias, que afasta elas dos atendimentos, que poderiam mitigar os riscos associados ao manejo menstrual inadequado. [4] As complicações médicas decorrentes do descaso incluem infecções, doenças ginecológicas e transtornos mentais. A falta de dados confiáveis reforça a invisibilidade dessa população, dificultando a criação de políticas públicas adequadas

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que a pobreza menstrual impacta gravemente a saúde e dignidade das mulheres em situação de rua. A pesquisa reforça a urgência da criação de políticas públicas específicas e integradas, que garantam o acesso a insumos de higiene menstrual, acolhimento e atenção em saúde. O reconhecimento da menstruação como direito humano e a superação de tabus culturais são essenciais para promover a inclusão e o respeito às mulheres em extrema vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são?. Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol Soc* 2004;16:47–58. doi: 10.1590/S0102-71822004000200007.
- (2) Melo GB, Costa AM. Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de rua: protocolo de revisão de

escopo. Online Braz J Nurs 2022;21. doi: 10.17665/1676-4285.20226591.

(3) Unicef. Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdade e violações de direitos. 2021 [acesso 27 março 2024]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/pobreza-menstrual-no-brasil-desigualdade-e-violacoes-de-direitos>.

(4) Vieira TR, Zimiani LS. The Dissemination of Aporophobia and the Necropolitics Practice in Brazil. *Argumenta Rev Jurid.* 2021;(35)71–92.

AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DISCIPLINA DE QUALIDADE DE VIDA DA UNISER/UNB

Emmanuelly Nunes Costa¹

Elaine Nunes Costa

Isabella Gomes de Oliveira Karnikowski

Inglyane Lima Farias

Paula Luciano de Azevedo

Rodrigo Abreu Barbosa Júnior

Ricardo de Oliveira Ferreira

João Vitor de Lorenzi Jardim

Camila Alves Arede

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A qualidade de vida deve ser entendida como uma condição de saúde integral, influenciada não apenas por fatores médicos, mas por aspectos ambientais, sociais e culturais [1].

Na velhice, este assunto é amplamente discutido, em que pese o fato de que esta população é mais propensa a ser acometida por vulnerabilidades biopsicossociais que afetam a saúde e, consequentemente, a qualidade de vida [1].

Para explorar o assunto da qualidade de vida das pessoas idosas, é necessário considerar as particularidades de cada indivíduo, respeitando suas vivências, histórias e realidades. Assim, a Universidade do Envelhecer (UniSER), programa educativo multidisciplinar e intergeracional da Universidade de Brasília (UnB), surge como uma proposta para fomentar a dignidade em todas as fases da vida, especialmente na velhice [2].

Ressalta-se o Curso de Educador Político Social em Gerontologia (CEPSG), um curso de longa duração (810 horas) de dois anos, destinado à pessoas a partir de 45 anos. O CEPSG tem o propósito de fomentar ações educativas e integrativas que possibilitem a ampliação de capacidades e habilidades de pessoas idosas.

OBJETIVO

Apresentar um relato de experiência sobre a disciplina de Qualidade de Vida, ofertada no segundo semestre do curso de Educador Político Social da Universidade do Envelhecer, na unidade da região administrativa de Samambaia, Distrito Federal.

1 Universidade de Brasília. E-mail: Emmanuellynunes@gmail.com

METODOLOGIA

A disciplina de Qualidade de Vida é ministrada semanalmente por dois docentes com formação em Farmácia e Odontologia, além do apoio de uma aluna extensionista do curso de Saúde Coletiva. A presença de profissionais com formações diversas dentro da Saúde enriquece o processo de ensino-aprendizagem, permitindo uma abordagem interdisciplinar do conceito de qualidade de vida e favorecendo uma visão integral e humanizada.

Considerando que o modo como cada pessoa envelhece é singular, a disciplina pauta-se no respeito à individualidade, aglutinando pessoas de diferentes contextos sociais, culturais, de classe, gênero e etnias. Essa perspectiva fundamenta-se na escuta dos participantes, que são incentivados a compartilhar suas vivências e percepções.

Durante as aulas, temas como autocuidado, prevenção de doenças, alimentação, bem-estar emocional e acesso a políticas públicas de saúde são abordados. As discussões promovem reflexões críticas sobre a realidade dos participantes e possibilitam o fortalecimento de suas capacidades para tomar decisões conscientes em relação à própria saúde.

Considera-se que a compreensão dos processos biopsicossociais do envelhecimento é essencial para promover um cuidado integral e qualificado à pessoa idosa. Quando esses processos são bem compreendidos, é possível adotar estratégias preventivas, promover o autocuidado, manter a autonomia e melhorar significativamente a qualidade de vida [4,5].

Não obstante, é preciso entender a velhice—uma fase da vida dotada de desafios a serem vencidos e possibilidades e potencialidades a serem exploradas. Neste sentido, o conhecimento sobre o envelhecimento contribui para a desconstrução de estigmas e preconceitos, valorizando essa fase da vida como um período de possibilidades, aprendizado e participação ativa na sociedade [3].

Numa perspectiva filosófica, a partir de temas como direitos da pessoa idosa e troca de experiências entre os participantes, o ambiente de aprendizagem se configura como espaço de convivência e valorização da sabedoria acumulada ao longo da vida, promovendo o diálogo intergeracional e a construção coletiva do conhecimento. Ainda, as aulas possuem caráter instrucional em que ocorrem esclarecimentos sobre o uso de medicamentos, armazenamento correto e acesso ao sistema de saúde.

Observou-se que a compreensão de qualidade de vida entre os participantes varia conforme as vivências individuais. Para alguns, está relacionada ao tempo com os netos; para outros, ao acesso a medicamentos de alto custo; e, ainda, à capacidade de realizar atividades do dia a dia com autonomia. Essas diferentes perspectivas revelam que a qualidade de vida está diretamente associada às percepções subjetivas de saúde e bem-estar, sendo a vida, em si, o elemento central desse conceito.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A disciplina de Qualidade de Vida, ofertada pela UniSER, revelou-se um espaço formativo e transformador, tanto para os participantes quanto para os profissionais envolvidos.

Por meio de uma abordagem interdisciplinar, dialógica e sensível às singularidades do envelhecer individual, foi possível promover reflexões coletivas sobre saúde, autonomia, autocuidado e dignidade na velhice. O contato com diferentes realidades e vivências ampliou o entendimento de que a qualidade de vida é um conceito subjetivo, multifacetado e profundamente influenciado pelas experiências individuais, sociais e culturais.

Ao valorizar a escuta ativa, o conhecimento compartilhado e a promoção de estratégias preventivas, a disciplina contribuiu para fortalecer o protagonismo da pessoa idosa e fomentar um envelhecimento ativo, consciente e participativo. A experiência evidencia o papel da educação em saúde como empoderadora de uma construção coletiva do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

- (1) Chaves MPSR, Rodrigues DCB, Nascimento CFP, Pedrosa EB, Silva TS. Sustentabilidade & qualidade de vida: práticas sustentáveis de saúde em comunidades ribeirinhas no Amazonas. *Rev Políticas Públicas*. 2020;24(1):265-85.
- (2) Karnikowski MGO, Garcia KR, Brito MIL, Santos VS, Karnikowski IGO, Giesteira B. UNISER: um contrato social para a educação sustentável e de qualidade. 2023. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/50209>
- (3) Pu Y, Wang H, Ma J. The Influencing Factors and Intervention Measures of Aging Stereotypes. *Academic J Med Health Sciences*. 2024;5(4).
- (4) Valenzuela MT *et al*. Differences in functionality between independent, slight, and moderate dependent older adults: a cross-sectional study. Preprint. 2021. Disponível em: <https://www.preprints.org>
- (5) Oliveira SG *et al*. Aspectos bioéticos dos cuidados em saúde às pessoas idosas ao fim da vida. *Rev Enferm UERJ*. 2020 Jul 2;28:e47321.

AVALIAÇÃO DO PERFIL IMUNOLÓGICO DE ADULTOS MAIS VELHOS SEGUNDO AS REGIÕES BRASILEIRAS: RESULTADOS DO ELSI-BRASIL

Maria Luiza Lima e Silva¹

Juliana Vaz de Melo Mambrini

Karen Cecília de Lima Torres

Olindo Assis Martins Filho

Andréa Teixeira de Carvalho

Maria Fernanda Furtado de Lima Costa

Sérgio Viana Peixoto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A imunossenescência refere-se a um remodelamento de funções biológicas durante o envelhecimento, como a involução tímica, a maior prevalência de células de memória e pior resposta a antígenos, além do aumento de biomarcadores inflamatórios. Esse último se refere ao “*Inflammaging*”, processo de inflamação crônica de baixo grau, que tem um papel importante durante o envelhecimento e que pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas associadas ao envelhecimento. A maioria dos estudos sobre o sistema imunológico de adultos com 50 anos ou mais foi conduzida em países de alta renda. Pesquisas representativas em países de baixa e média renda, incluindo os latino-americanos, ainda são escassas. O Brasil, país de dimensões continentais, apresenta marcas desigualdades entre suas cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). As regiões Sul e Sudeste concentram melhores condições socioeconômicas, enquanto o Nordeste registra os menores níveis de escolaridade, segundo o IBGE. Além disso, a população brasileira se distingue por sua diversidade genética, maior exposição a doenças infecciosas tropicais e profundas desigualdades sociais, fatores que influenciam o sistema imunológico. Compreender essas variações regionais é essencial para orientar intervenções mais precisas no SUS e promover o envelhecimento saudável [1-4].

OBJETIVO

Caracterizar a distribuição sorológica de biomarcadores imunológicos nas cinco regiões brasileiras entre os participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil).

METODOLOGIA

Estudo transversal baseado em dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil, 2015-2016), conduzido em amostra nacionalmente representativa de adultos com 50+ anos. Os desfechos foram as concentrações de biomarcadores imunológicos (citocinas, quimiocinas

1

Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail de contato: maria.esilva@fiocruz.br

e fatores de crescimento). A região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) foi a exposição de interesse do estudo, e os potenciais fatores de confusão incluíram idade, sexo, escolaridade, área de residência, consumo de álcool e tabaco, prática de atividade física e autodeclaração de diagnósticos médicos de hipertensão, diabetes, asma, artrite e câncer. Foi utilizado um modelo de regressão logística multinomial para estimar o Odds Ratio (OR) e as probabilidades preditas dos biomarcadores em cada tercil da distribuição dos biomarcadores. A região Norte e o primeiro tercil foram definidos como categorias de referência, e a análise foi ajustada pelos fatores de confusão. As análises estatísticas foram realizadas no *software* Stata®. O efeito do desenho amostral complexo da pesquisa foi considerado para as subamostras sanguíneas em todos os testes estatísticos, e o nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 2.111 indivíduos de todas as regiões geográficas do país. A maior parte dos participantes residiam na região Sudeste (46,1%) e em zona urbana (90,1%). A média de idade foi de 62,9 anos e maioria dos participantes eram do sexo feminino (52,7%). A maior parte da amostra tinha menos de 4 anos de escolaridade (62,4%), 83,0% eram abstêmias, 45,2% nunca fumaram e 34,2% não praticavam atividade física em níveis suficientes. Com relação às doenças crônicas, 25,5% dos participantes declararam o diagnóstico de artrite, 4,8% de asma, 6,0% de câncer, 16,6% de diabetes e 52,9% de hipertensão. Foram observadas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os tercís dos biomarcadores imunológicos e as regiões geográficas, com exceção de CCL4, IL-1Ra, IL-4 e G-CSF. De modo geral, ao analisar descritivamente, notou-se maior probabilidade de as regiões Norte e Nordeste apresentarem níveis séricos mais altos dos biomarcadores, enquanto a região Centro-Oeste níveis mais baixos. Na análise do grupo de quimiocinas, houve maior probabilidade de níveis séricos elevados no Norte e Nordeste. Em relação às citocinas inflamatórias, observou-se maior probabilidade de níveis séricos mais baixos nas regiões Centro-Oeste e Sudeste e mais elevados nas regiões Nordeste e Sul. As citocinas reguladoras IL-5 e IL-9 mostraram maior probabilidade de níveis elevados na região Nordeste, enquanto IL-10 e IL-13 apresentaram essa tendência 1 na região Norte; IL-13 também exibiu níveis mais altos na região Centro-Oeste. O fator de crescimento PDGF apresentou maior probabilidade de níveis séricos elevados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Estudos realizados no Brasil evidenciam importantes variações regionais quanto à ancestralidade genética e às condições socioeconômicas. Tais disparidades, aliadas às desigualdades sociais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, podem influenciar o perfil imunológico da população. Embora os efeitos diretos da ancestralidade e das desigualdades sobre a distribuição dos biomarcadores imunológicos ainda não estejam totalmente elucidados, ajustes por fatores sociodemográficos foram considerados nas análises. Este estudo pioneiro identificou diferenças regionais na concentração sérica de biomarcadores imunológicos, com maiores níveis observados no Norte e Nordeste e menores no Centro-Oeste. Investigações mais aprofundadas sobre as possíveis associações entre esse perfil

imunológico e outros fatores sociodemográficos poderão contribuir para um entendimento mais robusto sobre estas diferenças e suas possíveis implicações na saúde dos idosos brasileiros.

REFERÊNCIAS

- (1) Pawelec G. Age and immunity: What is “immunosenescence”? *Exp Gerontol.* 2018; 105:4–9. Doi: 10.1016/j.exger.2017.10.024.
- (2) Franceschi C *et al.* Inflamm-aging: An Evolutionary Perspective on Immunosenescence. *Ann N Y Acad Sci.* 2000;908(1):244–54. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2000.tb06651.x.
- (3) Lima-Silva ML *et al.* A nationwide study on immunosenescence biomarkers profile in older adults: ELSI-Brazil. *Exp Gerontol.* 2024;191:112433. Doi: 10.1016/j.exger.2024.112433.
- (4) Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.* 2019;35(11):e00120718. Doi: 10.1590/0102-311X001207181.

AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS

Nicole Ferreira Netto¹

Juliana de Oliveira Faria

Ana Beatriz Querino Souza

Gisele de Paula Abrahão

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

Erika Andrade e Silva

Suellen Cristina Dias Emidio

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade neonatal constitui um dos principais compromissos assumidos globalmente por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente no âmbito 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Dentre as metas propostas, destaca-se a necessidade de acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, assegurando que nenhum país registre taxa de mortalidade neonatal superior a 12 por mil nascidos vivos [1]. Apesar da redução da taxa de mortalidade neonatal no Brasil nos últimos anos, o índice ainda preocupa a Saúde Pública, principalmente pela sua concentração dos óbitos em populações mais pobres, e em grupos sociais específicos [2].

Nesse contexto, a análise dos óbitos neonatais em nível local revela-se essencial para subsidiar políticas públicas mais eficazes, promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e fortalecer a vigilância em saúde. A compreensão dos fatores associados aos óbitos precoces e tardios, das condições gestacionais e do cuidado pré-natal prestado, permite identificar fragilidades na linha de cuidado materno-infantil, orientar ações intersetoriais e fomentar estratégias de prevenção [2].

Assim, a avaliação sistemática dos óbitos neonatais configura-se como ferramenta fundamental para o aprimoramento da atenção à saúde e o enfrentamento das desigualdades que persistem no território.

OBJETIVO

Caracterizar a mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora-MG no ano de 2023.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo, que utilizou como fonte os formulários de notificação e investigação de óbitos infantis referentes ao ano de 2023 investigados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Municipal de Saúde de Juiz de Fora. As notificações analisadas foram

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: nicole.fernet@gmail.com

avaliadas pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal de Juiz de Fora, e incluem dados sociodemográficos relevantes para a caracterização dos casos. Foram considerados como morte neonatal os óbitos ocorridos nos primeiros 28 dias de vida.

As variáveis analisadas no estudo incluíram aspectos do recém-nascido, da assistência pré-natal, do parto e das condições clínicas associadas ao óbito. Foram considerados o sexo, a idade do falecimento (neonatal precoce ou tardia) e o peso ao nascer. Quanto ao pré-natal, analisou-se a idade gestacional no início do acompanhamento e o número de consultas realizadas. A via de parto foi classificada como vaginal ou cesárea. As causas básicas dos óbitos abrangeram doenças maternas, além de outras causas relacionadas à mãe ou ao bebê. Também foi avaliada a idade gestacional ao nascimento, expressa em semanas completas.

RESULTADOS

Foram avaliados 52 documentos de notificação de óbito infantil-fetal, que equivalem a todos os óbitos infantis notificados no ano de 2023, em Juiz de Fora, MG. A predominância de óbitos no período neonatal precoce (70,5%) sugere falhas na assistência ao parto e nos primeiros dias de vida, reforçando a necessidade de melhorias na qualidade da atenção hospitalar, especialmente em UTIs neonatais.

Apesar da maioria das gestantes (74,5%) ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, o baixo número de consultas (60,7% com menos de sete) indica uma possível deficiência no acompanhamento, o que pode ter contribuído para complicações como hipertensão gestacional e infecções. A alta taxa de cesáreas (64,7%) também chama atenção, pois partos cirúrgicos desnecessários aumentam riscos para mães e recém-nascidos.

As causas maternas (43,1%) superaram as do bebê (31,3%), com destaque para doenças hipertensivas e infecções, que são evitáveis com pré-natal adequado. A presença de sífilis (3,9%) aponta para falhas na prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Para reduzir a mortalidade neonatal, é essencial fortalecer o pré-natal, assegurando consultas regulares e exames preventivos, além de promover práticas de parto baseadas em evidências. Investimentos em educação em saúde e acesso a serviços especializados são fundamentais para alcançar as metas do ODS 3.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados apresentados evidenciam a necessidade de fortalecer ações alinhadas aos ODS, especialmente o ODS 3, que visa reduzir a mortalidade neonatal e materna. A elevada proporção de cesáreas e a incidência de doenças como hipertensão e infecções urinárias destacam a importância de melhorar o acesso a consultas pré-natais precoces e de qualidade, além de promover práticas de parto seguras. A presença de recém-nascidos com baixo peso e prematuridade reforça a urgência de intervenções em saúde pública, como educação em saúde, prevenção de doenças gestacionais e acompanhamento especializado. A redução da mortalidade neonatal depende, portanto, de políticas

integradas que abordam desde o pré-natal até o pós-parto, garantindo equidade e atenção integral à saúde materno-infantil, em consonância com as metas globais.

REFERÊNCIAS

- (1) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Organização das Nações Unidas (ONU); c2015 [cited 2025 Apr 14]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

BARREIRAS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE PESSOAS EM REGIÃO FRONTEIRIÇA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA TRÍPLICE FRONTEIRA (ARG/BRA/PAR)

Thiago Nascimento Evangelista¹

Anaxsuell Fernando da Silva

Leonel Augusto da Cruz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O acesso à saúde em regiões de fronteira é um desafio global, agravado por desigualdades sociais que impactam migrantes (1). Na tríplice fronteira (Argentina/Brasil/Paraguai), a mobilidade transfronteiriça intensifica demandas por serviços de saúde, mas barreiras legais, socioeconômicas e culturais limitam o atendimento, especialmente para indocumentados. A literatura aponta que a saúde de migrantes é comprometida por indocumentação, estigma e modelos biomédicos que ignoram determinações sociais (2,3). Este relato descreve o caso de “José”, paraguaio com neoplasia cerebral, cujo acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) é restrito a atendimentos emergenciais. Sua trajetória ilustra iniquidades em saúde, evidenciando lacunas na integração de políticas públicas e a necessidade de abordagens intersetoriais que considerem desigualdades estruturais, como exclusão social e estresse psicossocial (1,4).

OBJETIVO

Analisar barreiras ao acesso à saúde oncológica enfrentadas por um migrante indocumentado na tríplice fronteira, sob a perspectiva das desigualdades em saúde, propondo estratégias para promover equidade no atendimento transfronteiriço.

METODOLOGIA

José, 32 anos, de Ciudad del Este (Paraguai), busca atendimento em Foz do Iguaçu (Brasil) por falta de tratamento integral e gratuito para câncer cerebral em seu país. Diagnosticado há dois anos, sofre crises epiléticas e perda motora. O SUS oferece atendimento emergencial a estrangeiros, mas terapias contínuas exigem residência comprovada (5). Sem documentos, José recebe cuidados paliativos esporádicos, refletindo o “paradoxo epidemiológico latino-americano”, com piora clínica apesar do acesso parcial (2).

Sua trajetória destaca três barreiras. Primeiro, leis excluem indocumentados de tratamentos contínuos, limitando-os a emergências (2). Segundo, a esposa enfrenta sobrecarga, apoiando-se em redes informais, comum em migrações forçadas (6).

1

Universidade Federal da Integração Latino-Americana. E-mail: tn.evangelista.2023@aluno.unila.edu.br

Terceiro, cuidados fragmentados não controlam o tumor, tornando migrantes “invisíveis” para políticas (2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O caso de José evidencia como desigualdades sociais geram iniquidades em saúde, restringindo migrantes a cuidados precários. Propõe-se: 1) acordos binacionais para facilitar acesso e registros; 2) flexibilização documental para doenças crônicas; 3) redes psicossociais para apoio familiar. Conforme Barata, políticas públicas devem priorizar equidade, superando modelos biomédicos e garantindo direitos à saúde (1).

REFERÊNCIAS

- (1) Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- (2) Santillanes NI. Salud Problema. 2023;17(34):58-68.
- (3) Temores-Alcántara G, Hernández-Trejo M, Sánchez-Guzmán MA. Migración y salud mental: la “Síndrome de Ulises”. Salud Publica Mex. 2015;57(3):227-33.
- (4) Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2023.
- (5) Brasil. Portaria GM/MS nº 1.560, de 20 de setembro de 2002.
- (6) Sangaramoorthy T, Carney MA, Rodriguez-Mejia FR. Migration, health, and inequity. Med Anthropol. 2021;40(7):591-7.

BRINCADEIRAS QUE EDUCAM: AÇÕES EXTENSIONISTAS SOBRE SAÚDE E SEXUALIDADES

Viviane de Queiroz ¹

Daniela Sobrino Dieguez

Aline Câmara dos Santos

Gabriela Jung Pinto Medeiros

Guilherme Santana Fonseca

Maria Caroline da Silva Nascimento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta ações de garantia ao acesso às informações e orientações sobre saúde e sexualidade desenvolvidas pela equipe do Programa de Orientação em Sexualidade, Prevenção de IST/AIDS e Distribuição de Preservativos (PROSS) e o Espaço Livre de Orientação em Sexualidade e Saúde (ELOSS), vinculados ao Núcleo da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Trata-se de dois projetos consolidados dentre as ações extensionistas da UERJ voltadas para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, possibilitando orientações individuais e/ou coletivas.

A concepção de sexualidade abordada nos projetos parte de uma fundamentação teórico-crítica da realidade – uma concepção de sexualidade não biologicista, como uma construção histórica, social e política, para além do corpo e de uma questão pessoal (1).

A equipe é formada por profissionais e estudantes de graduação e pós-graduação das diversas áreas do conhecimento. Os projetos compartilham o compromisso de promover informações e orientações sobre saúde sexual e prevenção de IST/AIDS de “jovem para jovem”, contribuindo para a formação adolescentes e jovens multiplicadores. Nesse sentido, realizamos atividades próprias do processo de ensino-aprendizagem visando promover a diversidade e inclusão na saúde de adolescentes e jovens, como as oficinas temáticas.

OBJETIVO

Apresentar o relato de experiência sobre o trabalho desenvolvido com os temas de Gênero, Saúde e Sexualidade para adolescentes e jovens, no município do Rio de Janeiro, por meio da oficina intitulada “Batata Quente”. Busca, portanto, analisar os resultados obtidos, com o intuito de compreender os aspectos das vivências individuais e coletivas desses adolescentes e jovens, especialmente no que se refere à temática da sexualidade e ao acesso à saúde sexual e reprodutiva.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: vivianequeiroz.uerj@gmail.com

METODOLOGIA

O PROSS e o ELOSS adotam a metodologia participativa (2) “jovem para jovem” na construção do conhecimento, facilitando a troca de informações entre jovens bolsistas e adolescentes-jovens inseridos/as/es nos projetos, a fim de torná-los/as/es multiplicadores sobre o tema.

As ações desenvolvidas visam promover a articulação do referencial teórico-metodológico e a intervenção profissional voltada para a saúde de adolescentes e jovens. A proposta é refletir criticamente sobre a concepção da sexualidade e seus aspectos históricos e sociais, a partir de uma perspectiva interseccional(3).

Nesse contexto, a atividade principal, intitulada “Batata Quente”, foi realizada por jovens estudantes de graduação e pós-graduação, sob a supervisão da equipe vinculada aos projetos. A dinâmica “Batata Quente” foi conduzida em dois blocos a partir dos seguintes eixos norteadores: saúde e sexualidades; prevenção de IST/AIDS, direitos sexuais e reprodutivos.

A dinâmica da “Batata quente” consistiu em dois blocos de perguntas sobre temas relacionados a saúde e sexualidades inseridas em várias bexigas que as/os adolescentes-jovens passam de mão em mão dentro da roda enquanto uma música era reproduzida. Quando a música parava, quem estivesse com a bexiga na mão, a estouraria e leria a pergunta que estava dentro dela.

RESULTADOS

Nos encontros, foi possível observar as potencialidades e conhecimento em alguns aspectos, mas também desconhecimento, preconceitos e estigmas como a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual; sexo e sexualidade; métodos contraceptivos; entre outros.

No segundo bloco de perguntas, surgiram muitas dúvidas sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a maneira correta de usar alguns métodos contraceptivos. Nesse momento, as/os /es jovens fizeram muitas perguntas sobre as maneiras de contrair uma IST; uso do preservativo interno; virgindade se tratar do rompimento do hímen ou não; cisheteronormatividade; entre outras. Alguns jovens se mostraram mais comunicativos, principalmente um grupo de meninos, que se sentiram à vontade para fazer brincadeiras e trazer alguns casos mais “íntimos”. Portanto, demonstraram bastante interesse nas atividades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atividade realizada com os adolescentes e jovens, representou importante oportunidade para estimular o diálogo sobre temas essenciais como saúde e sexualidades. Com a dinâmica da “Batata Quente”, abordamos de forma prática e interativa questões complexas, proporcionando espaço de reflexão e troca de informações entre adolescentes e jovens. A realização dos encontros permitiu a construção de vínculo de confiança e aprendizado essencial para o desenvolvimento de compreensão sobre essa temática.

Além disso, a avaliação final, por meio da metodologia: “Que bom, que pena, que tal?”, garantiu avaliação da atividade necessária para aprimorar ações futuras e compreender melhor as necessidades do grupo. A ação foi eficaz para estimular uma perspectiva crítica sobre saúde e sexualidade, respeitando as particularidades e promovendo uma maior conscientização sobre temas relevantes para a saúde e o bem-estar dos jovens.

REFERÊNCIAS

- (1) Louro G. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 1999.
- (2) Marques HR, Campos AC, Andrade DM, Zambalde AL. Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Rev Ava Edu Sup. 2021;26(3):718-41.
- (3) Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Suely Carneiro; Pólen; 2019.

CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Bárbara Reis do Nascimento¹

Fernanda Vieira Mappa

Luana da Fonseca Brum

Julia Loiola Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge para garantir acesso universal, integral e igualitário à saúde para toda a população brasileira. No entanto, persistem desafios estruturais e organizacionais que dificultam o cumprimento desses princípios, especialmente no que diz respeito ao acesso às especialidades. A Fonoaudiologia enfrenta obstáculos relacionados à escassez de profissionais, falta de financiamento específico e ausência de políticas públicas direcionadas(1-3).

A atuação fonoaudiológica é essencial na detecção precoce, prevenção e reabilitação de distúrbios da comunicação, linguagem, deglutição e audição, contribuindo de maneira significativa para a qualidade de vida dos usuários do SUS (4-6).

A concentração de atendimentos especializados nas capitais e grandes centros urbanos contribui para o enfraquecimento da atenção primária nos municípios menores, o que gera sobrecarga em serviços de maior complexidade e prejudica a continuidade do Cuidado(7-9).

É necessário compreender como os municípios estruturam esse atendimento, quais os modelos de acesso adotados, e como a população tem sido informada sobre esses serviços.^{3,8,10} Nesse cenário, buscamos analisar a cobertura do atendimento fonoaudiológico nos municípios capixabas, com o intuito de contribuir para o diagnóstico da situação atual e para o aprimoramento das políticas públicas de saúde.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo analisar as características do atendimento fonoaudiológico ofertado na rede pública de saúde do estado do Espírito Santo. A pesquisa, de natureza ecológica, coletou dados dos portais oficiais das prefeituras dos 78 municípios capixabas, observando a existência do atendimento fonoaudiológico, tipo de atendimento oferecido, profissionais atuantes e carga horária de atendimento. Os resultados apontaram desigualdades significativas na distribuição dos serviços fonoaudiológicos, com concentração na região metropolitana e a necessidade de fortalecimento da Fonoaudiologia na Atenção Primária e de políticas públicas que promovam maior equidade no acesso aos serviços.

1

Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: Barbara.reis.n@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, de abordagem quantitativa, que analisou dados agregados referentes aos serviços de Fonoaudiologia ofertados nos 78 municípios do estado do Espírito Santo. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e março de 2025, por meio da consulta aos sites oficiais das prefeituras, secretarias municipais de saúde e portais de transparência.

Foram observados os seguintes indicadores: existência de serviço fonoaudiológico na rede pública, tipo de serviço (atenção básica, especializada, ambulatorial, hospitalar), forma de acesso (encaminhamento, demanda espontânea, fila de espera), quantidade de profissionais por município e carga horária prestada por esses profissionais.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por frequência, mediana, média e moda.

RESULTADOS

Dos 78 municípios, 26 (33,33%) têm fonoaudiólogos contratados pela prefeitura e inseridos na rede pública de saúde. O total de profissionais encontrado no estado foi de 77, porém, 39 (50,64%) profissionais dividem-se na região metropolitana de Vitória, que é composta por 7 municípios: Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Considerando a região metropolitana, os municípios de Guarapari, Fundão e Viana não contam com o profissional no quadro municipal.

Foram encontrados 56 estabelecimentos de saúde distribuídos em 26 municípios com fonoaudiólogos na equipe. A carga horária de serviço prestada pelos fonoaudiólogos variou de 20 a 44 horas semanais, com valor de moda de 30 horas semanais. Apenas uma prefeitura disponibiliza dados sobre o tipo de atendimento ofertado no estabelecimento de saúde que possui fonoaudiólogo(a) integrando a equipe.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O atendimento fonoaudiológico na rede pública de saúde do Espírito Santo revela disparidades relevantes na distribuição e na oferta desses serviços entre os municípios, especialmente entre os de pequeno porte (2,3). A presença de profissionais da Fonoaudiologia no SUS ainda é insuficiente, o que compromete a cobertura assistencial integral proposta pelas diretrizes da Atenção Primária à Saúde (1,7,9).

No entanto, contratar profissionais não é suficiente, é preciso promover a formação continuada dos trabalhadores da saúde para integrar o fonoaudiólogo nas ações de promoção e prevenção(5,10).

No Espírito Santo, a capital apresenta uma das melhores proporções de fonoaudiólogos por habitante na atenção básica⁶, porém essa realidade não se estende ao demais municípios. Além disso, a ausência de registros atualizados sobre a atuação fonoaudiológica nos portais públicos municipais dificulta o planejamento e a avaliação da efetividade(7,9).

A cobertura da Fonoaudiologia reflete desigualdades históricas no financiamento e na organização dos serviços de saúde. Trata-se de uma área que tem papel essencial no cuidado integral, e seu fortalecimento nas redes de atenção à saúde necessita de políticas públicas eficientes e atuação dos gestores de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Fernandes J, Sousa H, Oliveira L. Financiamento dos procedimentos fonoaudiológicos no SUS: um olhar para a avaliação miofuncional. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2022;21(3):468–75.
- (2) Lima GA, Oliveira L, Castro MG, Vieira AP. Panorama do financiamento da reabilitação fonoaudiológica no SUS: desafios para a equidade. *Rev Bras Saúde Coletiva.* 2022;27(4):993–1003.
- (3) Castro MG, Vieira AP. A importância da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde: reflexões e desafios. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2020;33:1–9.
- (4) Maschio NA, Maldonado LF. O papel do fonoaudiólogo na atenção primária: desafios para a efetivação de práticas integradas. *Distúrb Comun.* 2023;35(2):303–12.
- (5) Oliveira FT, Santos CM, Almeida RQ. Estratégias para ampliar a atuação da Fonoaudiologia na Atenção Básica: uma revisão narrativa. *Rev Saúde Transform Soc.* 2021;12(2):78–85.
- (6) Moraes RF, Costa JF, Lima LM. A presença de fonoaudiólogos na atenção básica das capitais brasileiras: uma análise temporal (2014–2020). *Univ Fed São Paulo–Repositório Institucional.* 2021.
- (7) Reis MJ, Gomes AP, Souza MS. Desigualdades no acesso aos serviços fonoaudiológicos do SUS: uma análise por região. *Rev Saúde Pública.* 2020;54:44.
- (8) Barbosa JM, Cunha BR, Andrade AC. A visibilidade dos serviços de Fonoaudiologia nos portais eletrônicos municipais: análise da transparência na gestão pública. *Saúde Debate.* 2021;45(129):1100–12.
- (9) Lima CS, Cunha BR. Fonoaudiologia e SUS: avanços e lacunas na oferta pública. *Rev CEFAC.* 2022;24(1):e20220135.
- (10) Silva CF, Rodrigues A, Pereira LA. Oferta de fonoaudiólogos no Sistema Único de Saúde e indicadores sociais no Brasil entre 2007 e 2016. *CoDAS.* 2021;33(3):e20190243.

CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES AFROCOLOMBIANAS DE BASURÚ, CHOCÓ, COLOMBIA (2021-2022).

Jhon Sebastián Patiño Rueda¹

Honorio Del Carmen Buendía Rengifo

Jovana Alexandra Ocampo Cañas

INTRODUCCIÓN

La comunidad afrocolombiana de Basurú (Istmina, Chocó) enfrenta graves inequidades en salud sexual y reproductiva (SSR), evidenciadas en altas tasas de embarazo adolescente (73/1000 en 15-19 años), analfabetismo (14.46% en >7 años) y mortalidad materna 4.3 veces superior a la nacional (1). El contexto regional, marcado por conflicto armado (22.810 víctimas), desplazamiento forzado (50.52% de la población), pobreza extrema (83.89% con necesidades básicas insatisfechas) y baja cobertura de servicios (solo 28.36% de mujeres de 25-59 años con citología vaginal), profundiza las brechas de atención en salud. Además, estudios previos vinculan el conocimiento en derechos sexuales y reproductivos (DSDR) con mejoras en SSR (2). Este estudio caracterizó la situación bajo el modelo de determinantes sociales de salud (DSS), integrando variables sociodemográficas, acceso a servicios y prácticas preventivas.

OBJETIVO

Caracterizar la situación de SSR en mujeres afrocolombianas del corregimiento de Basurú (Istmina, Chocó, 2021-2022), analizando su relación con DSS como educación, acceso a servicios de salud, desplazamiento forzado y condiciones socioeconómicas.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el corregimiento de Basurú, analizando 109 familias seleccionadas de una población inicial de 150, mediante muestreo por conveniencia y cálculo con WinEpi. Los criterios de inclusión fueron residir en el corregimiento en los últimos dos años y contar con un representante mayor de edad. Se aplicó la tarjeta familiar del Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud (SIBCAPS) (3) y se sistematizó en SIBACOM, identificando determinantes sociales y su impacto en la salud sexual y reproductiva. El análisis descriptivo utilizó medidas de frecuencia, proporciones, media y desviación estándar. Se evaluaron asociaciones con Prevalence Odds Ratio (POR) y pruebas de Ji-cuadrado, complementado con regresión logística ajustada por características sociodemográficas, empleando STATA 17.

1

Universidad de los Andes. E-mail: js.patino155@uniandes.edu.co

RESULTADOS

La caracterización sociodemográfica reveló que el 97.15% de la población se identificó como afrocolombiana, con un 50.52% víctima de desplazamiento forzado. El analfabetismo afectó al 14.46% de los mayores de 7 años, y el 10.13% de los niños y adolescentes (5-17 años) estaban fuera del sistema educativo. En salud sexual y reproductiva, solo el 27.6% de la población entre 10 y 52 años reportó usar métodos de planificación familiar, con diferencias significativas por sexo: las mujeres utilizaron principalmente métodos hormonales (59.46%), mientras los hombres optaron por el condón (79.16%). La prevención mostró brechas críticas: el 28.35% de las mujeres de 25-59 años se realizó citología vaginal, y el 31.57% de las mayores de 35 años tuvo acceso a mamografía. La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses fue del 33.33%, y solo el 20% de las gestantes inició controles prenatales en el primer trimestre.

Los determinantes sociales mostraron asociaciones clave: la educación secundaria básica incrementó la probabilidad de planificación familiar (POR ajustado 2.264; $p=0.039$), mientras la afiliación al sistema de salud (SGSSS) se vinculó con menor uso de métodos (POR 0.172; $p=0.002$), posiblemente por la predominancia del régimen subsidiado.

CONSIDERACIONES

La comunidad de Basurú, Istmina, Chocó, comparte características sociodemográficas con su municipio y departamento, como una población mayoritariamente afrocolombiana, desplazamiento forzado por violencia, altos niveles de analfabetismo y acceso al sistema de salud subsidiado. Estas condiciones actúan como determinantes sociales que impactan la salud sexual y reproductiva (SSR). Variables como género, edad, educación y ocupación están asociadas con la SSR. Las mujeres tienen mayor probabilidad de planificar el uso de anticonceptivos, pero los jóvenes de 10 a 17 años muestran menores tasas de uso. Asimismo, los índices de citologías vaginales y autoexámenes de mama son bajos en comparación con estándares nacionales e internacionales.

El estudio destaca la necesidad de mejorar el acceso a métodos anticonceptivos para poblaciones afrodescendientes rurales como Basurú, donde su uso es incluso menor que en el departamento del Chocó. Esto contribuye a altas tasas de embarazos no deseados y mortalidad materna. Este esfuerzo pionero insta a profundizar en el conocimiento de comunidades remotas para diseñar respuestas efectivas adaptadas a su contexto y avanzar hacia la salud universal.

REFERENCIAS

- (1) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2019. 2019;264.
- (2) Homøe AS, Knudsen AKS, Nielsen SB, Grynnerup AGA. Sexual and reproductive health in Greenland: Evaluation of implementing sexual peer-to-peer education in Greenland (the SexInuk project). *Int J Circumpolar Health*. 2015;74:27941.
- (3) Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud-SIBCAPS. 2012.

COFINANCIAMENTO ESTADUAL DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA COMO ESTRATÉGIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Iasmin Oliveira Carneiro¹

Matheus Ferreira Gonçalves

Giovanna Tereza Oliveira da Silva

Gabriela Lorenzet

Francyne da Silva Silva

A pesquisa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), divulgada em dezembro de 2022, estimou um crescimento de 38% na população em situação de rua (PSR) no Brasil entre 2019 e 2022, totalizando 281.472 pessoas (1). Esse aumento expressivo é resultado de questões sociais, econômicas e dos impactos da pandemia de COVID-19. No Rio Grande do Sul (RS), a situação foi agravada pelas enchentes de maio de 2024, que causaram uma catástrofe climática e uma emergência em saúde pública. De acordo com o CadÚnico, o RS possui 14.750 PSR, embora esse número seja subestimado (2). Esse aumento destaca a urgência de políticas públicas mais eficazes e integradas, que considerem as diversas realidades dessa população. As políticas públicas voltadas para a PSR no Brasil são historicamente invisibilizadas, começando pela falta de um censo específico. Como resposta, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 as equipes de Consultórios na Rua (eCR), por meio da Política Nacional de Atenção Básica (3). As eCR são compostas por profissionais da saúde que atuam diretamente nas ruas, oferecendo atendimento médico, psicológico e social, além de promover hábitos de vida saudáveis, acesso a programas de imunização, e controle de doenças crônicas, apoio à saúde mental e assistência para indivíduos que fazem uso de drogas, com uma abordagem humanizada e longitudinal.

O objetivo do trabalho é compartilhar a experiência do cofinanciamento estadual das eCR no estado do Rio Grande do Sul por meio da área técnica de saúde da PSR vinculada à Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), destacando a importância dessa estratégia para a implementação das políticas de saúde voltadas a esse público extremamente vulnerabilizado.

Este trabalho é um relato de experiência que descreve a experiência do cofinanciamento estadual das eCR promovido pela SES/RS e acompanhadas de uma reflexão crítica. Segundo Mussi e Almeida, o relato de experiência é uma forma de gerar conhecimento ao relatar vivências acadêmicas ou profissionais, sendo sua principal característica a narração da intervenção realizada (4). A coleta das informações foi feita a partir de diversas fontes, como atas de reuniões, documentos técnicos, portarias e observação das atividades realizadas pela área técnica de saúde da PSR.

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: iasmin-carneiro@saude.rs.gov.br

As eCR são financiadas pelo MS e cofinanciadas pelos municípios que optam por aderir a essa estratégia, sendo sua execução responsabilidade dos entes municipais. São equipes multiprofissionais e atuam diretamente nos territórios com maior concentração de PSR. Embora as eCR desempenhem um papel fundamental, não são as únicas equipes responsáveis pelo cuidado dessa população, visto que todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) também devem garantir acesso à saúde. No entanto, diversas barreiras de acesso ainda persistem, como o racismo estrutural, já que a maior parte dessa população é negra, além do estigma, preconceito, aporofobia e outras formas de exclusão social e iniquidades em saúde. Para que um município possa aderir às eCR, é necessário que tenha, no mínimo, 80 pessoas em situação de rua ou uma população superior a 100 mil habitantes. No RS, existem atualmente 13 eCR distribuídas entre 9 municípios, mas de acordo com dados do MS, o RS tem potencial para até 43. Apesar da portaria que institui essa estratégia ter cerca de 14 anos, o número de equipes ainda é insuficiente para atender à demanda real do estado. Uma das principais razões apontadas pelos municípios para a não adesão às eCR é a falta de atualização do valor do repasse, que permanece o mesmo desde 2012, a defasagem no valor dificulta a contratação de profissionais. Como resposta, a área técnica de saúde, por meio do Programa Estadual de Incentivos, criou um cofinanciamento estadual para as eCR (5). Esse cofinanciamento, além de reforçar o apoio tripartite, também visa qualificar o trabalho das equipes, permitindo o uso de recursos para a compra de materiais e atividades que atendam às necessidades específicas da população, como oficinas de arte, hortas, promoção da saúde e kits de higiene.

O cofinanciamento estadual para as eCR desempenha um papel essencial na promoção da equidade em saúde, garantindo que o atendimento chegue à população que mais necessita. Essa estratégia amplia o financiamento disponível para os municípios, permitindo que as equipes possam oferecer um cuidado mais completo e eficaz, atendendo às demandas específicas dessa população vulnerável. No entanto, ainda existem desafios significativos que precisam ser superados para que a política seja plenamente eficaz. A sensibilização dos gestores municipais para a importância da implementação da política e a ampliação das equipes de Consultórios na Rua são questões cruciais. Além disso, o combate ao racismo institucional e à discriminação no acesso à saúde também é um obstáculo a ser enfrentado.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Brasília, DF: Ipea, 2022 [acesso 23 março 2025]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdfNT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf.
- (2) CECAD 2.0: Tabulador do Cadastro Único [acesso 22 março 2025]. Disponível em https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php
- (3) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [acesso 23 março 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

- (4) Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*. 2021;17(48):60-77.
- (5) Rio Grande do Sul. Secretaria da saúde. Portaria nº 188/2024 [acesso 23 março 2025]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202403/14112049-portaria-188-2024-dapps-piaps.pdf>.

COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SE PREPARA PARA AS QUESTÕES ENVOLVENDO O USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS NO BRASIL: DESABASTECIMENTO E DEPENDÊNCIA DO MERCADO INTERNACIONAL

Daniela Santos Swenson¹
Alison Lopes Viana De Sena Filho
Bruno Emanuell Santos De Lima
Celton Franklin Martins Mourato
David Lennor Tenório Campos
Isabela Carolina Lopes Coelho
Jamim Cecília Sotero Da Silva
Maria Clara Gomes Lemos Muniz
Maria Thayse Fabíola Leite Calado
Luiza Carla De Melo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A equidade, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia que não basta oferecer os mesmos serviços a todos, mas sim atender às necessidades específicas de cada indivíduo. Com base nessa premissa e visando contribuir para estabelecer prioridades no atendimento domiciliar, foi criada a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (1).

A escala tem como finalidade estratificar o risco familiar e identificar vulnerabilidades sociais existentes. A partir de 13 sentinelas principais de risco, ela fornece critérios iniciais que permitem a classificação das famílias conforme o grau de vulnerabilidade, categorizando-as em risco habitual (R0), risco menor (R1), risco médio (R2) e risco máximo (R3). Trata-se de uma ferramenta que facilita a gestão do cuidado no domicílio e contribui para a organização dos serviços prestados à comunidade. Além disso, constitui-se como um importante instrumento para a efetivação da equidade nos serviços de saúde (1, 2).

Nesse sentido, o uso da escala potencializa a priorização e a organização das visitas domiciliares (VD), embasado no princípio da equidade em saúde.[1] A VD é ferramenta essencial ao trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), pois promove o direcionamento de ações de forma planejada, educativa e assistencial. Assim, contribui na produção do cuidado integral alinhado às demandas individuais e coletivas (3).

OBJETIVO

Relatar a experiência coletiva de estudantes de medicina na construção de um projeto de intervenção na APS, visando contribuir na priorização e organização das visitas domiciliares (VD) a partir de recurso visual baseado na Escala de Risco Familiar Coelho-Savassi.

1 Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: daniela.swenson@ufpe.br

METODOLOGIA

Relato de experiência construído a partir do projeto de intervenção de estudantes do primeiro ano de medicina da Universidade Federal de Pernambuco–Campus Agreste, nas Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), durante o semestre 2024.2. A experiência aconteceu em Caruaru, na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Kennedy II, e teve como base os diários de campo. A problemática foi identificada junto à equipe da USF, sobretudo às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), considerando a demanda de aplicação da escala de risco familiar advinda do programa nacional PlanificaSUS, assim como os desafios na organização e priorização das VD. Assim, o projeto aconteceu em três principais momentos.

A primeira etapa consistiu em apoiar as ACS na aplicação da Escala de Risco Familiar em 20% de cada microárea. Esse processo possibilitou maior imersão no território e identificação das sentinelas de risco mais comuns. Também ampliou o olhar para individualidades e vulnerabilidades dos usuários, revelando aspectos que não apareceram na Escala, como sofrimento mental, histórico de violência e solidão entre idosos.

A segunda etapa envolveu a sistematização e interpretação dos dados da Escala, visando fortalecer seu uso na APS e apoiar a equipe da USF. Utilizou-se o Excel para organizar os resultados, gerando gráficos e tabelas que facilitaram a análise conjunta. Foram estratificadas 293 famílias: 200 em risco habitual, 42 em risco menor, 20 em risco médio e 31 em risco máximo. A estratificação permitiu um olhar mais atento ao território e às diferenças entre microáreas, reforçando a importância de estratégias que reduzam os riscos familiares e evitem a elevação dos já classificados como risco habitual.

A partir dos resultados, surgiu a necessidade de facilitar a visualização das informações e organizar/priorizar as VD com base na análise da Escala. Assim, a terceira etapa envolveu a criação e entrega do recurso visual “Caderneta da ACS” e discussão dos resultados com a equipe. A caderneta, baseada na Escala, é um fichário organizado por microárea, contendo o resumo geral, fichas para acompanhamento domiciliar por nível de risco (R1, R2, R3) e uma folha extra para famílias em risco habitual (R0) com especificidades percebidas pelas ACS. Cada ficha inclui registros de VD anteriores, sentinelas usadas e espaço para observações.

Na discussão com a equipe e entrega do material, evidenciou-se a importância de fortalecer o conceito de equidade no SUS. O recurso visual foi avaliado positivamente por toda a equipe, destacando o potencial para direcionar o uso prático do resultado dos dados da escala. Também se apontou a importância da atualização contínua das informações e da aplicação da escala em todo o território. A estratificação de risco familiar permite organizar ações da equipe com base no risco, priorizando famílias em maior vulnerabilidade. Essa lógica fortalece a longitudinalidade do cuidado e reforça o princípio da equidade na APS (1, 2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir da identificação de uma demanda concreta, a aplicação e uso prático da Escala de Risco Familiar, foi possível desenvolver um projeto de intervenção na APS pautado nos princípios do SUS, sobretudo a equidade na saúde. As etapas do projeto evidenciaram a potência do trabalho colaborativo e da escuta qualificada no processo de construção de soluções que dialogam com as necessidades reais do território.

A sistematização dos dados e a criação da “Caderneta da ACS” possibilitaram discussões e potenciais melhorias na organização e priorização das visitas domiciliares, aproximando a estratificação de risco familiar ao cotidiano do processo de trabalho das ACS. Além disso, a vivência reforçou a importância de instrumentos que qualifiquem o cuidado e promovam a equidade, ao direcionar esforços e recursos para os grupos em maior situação de vulnerabilidade, garantindo direitos sociais e a universalização do acesso à saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2004;1(2):19–26. doi: 10.5712/rbmfc1(2)104.
- (2) Bezerra ALD *et al.* Risco familiar segundo a escala de Coelho e Savassi – análise em uma unidade básica de saúde do Nordeste. *Concilium.* 2022;22(3):20–32.
- (3) Gomes RM, *et al.* A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Research, Society and Development.* 2021;10(2):e40010212616. Doi: 10.33448/rsd-v10i2.12616.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DE MULHERES NA MENOPAUSA

Natália Ribas Amarante¹

Danilo Borges Cruz

Fábio Marques Julião da Silva

José Jefferson Alves da Silva

Yunes Marcos Ali Mathias

José Leonardo Martins Abreu

Jéssica Vitória Morais de Oliveira

Manoel de Sousa Martins

Bruno da Rocha Porciuncula

Maria Kátia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população feminina tem vivenciado uma transformação significativa em virtude do aumento da longevidade e da participação ativa no mercado de trabalho. Nesse contexto, o climatério e a menopausa, fases marcadas pela queda na produção hormonal, deixam de ser encaradas meramente como processos patológicos e ganham visibilidade como períodos que demandam cuidados específicos para preservar a qualidade de vida (1). Tradicionalmente negligenciados nos programas de saúde – que focam primordialmente nos ciclos reprodutivos –, esses períodos passaram a ser reconhecidos como momentos críticos para o autocuidado e a prevenção de doenças associadas, como osteoporose, alterações cardiovasculares, e impactos psicológicos (2). A necessidade de materiais educativos acessíveis e cientificamente fundamentados, capazes de empoderar as mulheres para que compreendam e gerenciem os sintomas dessa transição, motiva a construção de tecnologias educativas adaptadas à linguagem e realidade do público-alvo, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVO

Elaborar e validar uma cartilha educativa destinada ao autocuidado de mulheres na menopausa, com o intuito de desmistificar a fase do climatério, promover informações científicas acessíveis, estimular práticas de prevenção e melhoria da qualidade de vida, e oferecer suporte às estratégias de promoção de saúde nas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem qualitativa, dividida em três etapas. Inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica abrangente em bases como BVS, Lilacs, Medline

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: nataliaribas@hotmail.com

e BDENF, utilizando descritores relacionados a climatério, menopausa, saúde da mulher e atenção primária. Em seguida, foi elaborada a cartilha educativa por meio de roteiro pré-definido, seguido da adequação da linguagem científica para torná-la acessível ao público-alvo. A fase final envolveu a validação do material através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) aplicado por sete especialistas, que avaliaram aspectos como clareza dos objetivos, estrutura, linguagem, ilustrações, e adequação cultural. Cada etapa contou com rigor metodológico para assegurar a pertinência e a eficácia da intervenção educativa.

RESULTADOS

A validação realizada pelos especialistas demonstrou alto índice de concordância em todas as dimensões avaliadas. Os juízes classificaram os objetivos da cartilha como “adequados” ou “totalmente adequados”, atingindo um IVC de 1, o que confirma a relevância do conteúdo para o público-alvo. Da mesma forma, a estrutura e a apresentação do material foram unanimemente validadas, com IVC próximo de 0,98, atestando a coerência, organização e formatação adequadas. A linguagem utilizada foi considerada apropriada, com vocabulário claro e contextualizado, permitindo a compreensão independente do nível educacional das mulheres. Além disso, os elementos gráficos – ilustrações e layout – receberam avaliações positivas, com destaque para a expressividade e adequação cultural, embora algumas sugestões tenham sido feitas para aprimorar as legendas e a apresentação visual. Em síntese, o índice global de validade do material foi de 0,95, evidenciando sua qualidade e potencial para efetivar mudanças de comportamento e melhorar o autocuidado entre mulheres na menopausa.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A cartilha educativa demonstrou ser uma tecnologia efetiva e validada para apoiar o autocuidado de mulheres na menopausa. A alta concordância entre os especialistas reforça que o material é claro, acessível e culturalmente adequado, capaz de preencher lacunas na informação e reduzir o estigma associado ao climatério. A ferramenta oferece suporte para as equipes de Atenção Primária à Saúde e potencializa a promoção de um estilo de vida saudável, prevenção de doenças e maior autonomia para o gerenciamento dos sintomas. Recomenda-se a aplicação e eventual aperfeiçoamento da cartilha em contextos clínicos, considerando a inserção de informações complementares sobre fontes de apoio e recursos digitais para ampliar o acesso às informações.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos AS, Moreira AB, Souza ML. Prevalência e severidade de sintomas em mulheres na menopausa: um estudo descritivo. DEMETRA. 2023;18:e72182.
- (2) Silva Neto BM *et al.* Qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas na atenção primária à saúde: desafios, lacunas e estratégias de saúde. CLCS. 2024; 17(6):e7746.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO: UMA FERRAMENTA PARA O LETRAMENTO EM SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO

Rayara da Silva Oliveira¹

Yonara Cristiane Ribeiro

Marcela de Abreu Moniz

Hilmara Ferreira da Silva

Laelma de Jesus

Lucas de Oliveira Dias

Kerolaine Acário Estanislau Junior

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem no pós-operatório representa uma estratégia potente dentro do sistema de saúde para a promoção do letramento em saúde e o fortalecimento dos direitos sociais relacionados ao cuidado. Em um país com profundas desigualdades sociais, garantir que todos os cidadãos compreendam suas condições de saúde e saibam como manejá-las é uma questão de equidade. O acesso à informação clara e compreensível sobre os cuidados pós-cirúrgicos é um direito que deve ser assegurado a todos, especialmente àqueles em situação de maior vulnerabilidade(1).

A atuação do enfermeiro, nesse contexto, assume papel central ao oferecer orientações personalizadas e identificar, por meio de uma escuta qualificada, necessidades específicas de cada paciente. O letramento em saúde, por sua vez, está diretamente associado à adesão ao tratamento, à prevenção de complicações e à promoção da segurança do paciente. Pacientes com maior capacidade de compreender informações em saúde tendem a ter melhores desfechos clínicos, o que contribui para a redução das reinternações e para a eficiência do sistema público de saúde(2).

OBJETIVO

Caracterizar e correlacionar os níveis de LS (letramento em saúde), adesão terapêutica e características sociodemográficas e clínicas de adultos atendidos no consultório de enfermagem para consulta pós-operatória.

METODOLOGIA

Este estudo, de natureza quantitativa, transversal e correlacional, busca investigar como a consulta de enfermagem contribui para o letramento em saúde de adultos no período pós-operatório. Será realizado em um consultório de enfermagem de uma instituição pública de ensino superior em Rio das Ostras, RJ, com pacientes alfabetizados, entre 18 e 59 anos, até sete dias após a realização

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: rayaradso17@gmail.com

de cirurgias. Instrumentos validados, como o Newest Vital Sign (NVS) e o Teste de Morisky Green, serão utilizados para avaliar o nível de letramento e a adesão ao tratamento. A análise estatística será conduzida por meio do SPSS versão 25.0, com aplicação de estatísticas descritivas e teste T de Student. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 80100624.5.0000.8160, Parecer: 6.949.408), conforme a Resolução 466/2012.

RESULTADOS

Até o presente momento, a pesquisa encontra-se em fase de coleta e análise preliminar de dados. Foram selecionados artigos científicos por meio de revisão da literatura com o intuito de embasar teoricamente o estudo e subsidiar a interpretação futura dos dados empíricos. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e Sage Journals, com utilização dos descritores controlados em português e inglês, combinados por operadores booleanos “AND” e “OR”. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais publicados entre 2021 e 2024, nos idiomas português, inglês ou espanhol, de acesso gratuito, que abordassem diretamente a atuação da enfermagem e a temática do letramento em saúde em adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Excluíram-se artigos de revisão, publicações pagas, em outros idiomas, anteriores a 2021, sem autoria declarada ou que não estivessem alinhados ao tema proposto.

Neste momento, está em andamento a aplicação dos instrumentos de coleta com os participantes, bem como a organização dos dados para análise estatística. Os resultados obtidos até o momento correspondem à etapa exploratória e à validação metodológica, com previsão de conclusão da coleta e análise até a data do congresso. Espera-se que os dados revelem associações relevantes entre o nível de letramento em saúde, a adesão terapêutica e as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes atendidos no consultório de enfermagem no pós-operatório.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que o letramento em saúde é um elemento essencial para a promoção do cuidado seguro e efetivo no contexto pós-operatório, atuando como ferramenta estratégica na redução de complicações, na adesão ao tratamento e na autonomia do paciente. A consulta de enfermagem se destaca como um espaço privilegiado de escuta qualificada, acolhimento e orientação, em que o enfermeiro, ao reconhecer as singularidades de cada indivíduo, pode adaptar a comunicação e garantir a compreensão das recomendações terapêuticas. Esse processo contribui não apenas para a melhora dos desfechos clínicos, mas também para o fortalecimento do vínculo profissional-paciente e para a efetivação dos direitos sociais relacionados à saúde. Em um cenário marcado por iniquidades no acesso à informação e aos serviços, promover o letramento em saúde torna-se uma ação ética e necessária para a construção de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e eficiente.

Diante da relevância do tema e dos achados teóricos levantados na etapa inicial do estudo, reafirma-se a importância de ampliar investigações que correlacionem variáveis sociodemográficas,

clínicas e de adesão terapêutica com o nível de letramento em saúde, especialmente em populações em situação de vulnerabilidade social. Embora os dados quantitativos deste estudo ainda estejam em fase de coleta, espera-se que os resultados contribuam para o desenvolvimento de estratégias educativas mais assertivas e personalizadas no contexto das consultas de enfermagem. Ademais, os achados poderão subsidiar políticas públicas e práticas clínicas voltadas à qualificação do cuidado e à promoção da equidade em saúde. O investimento em ações que promovam o letramento em saúde representa não apenas um avanço técnico-científico na área da enfermagem, mas também um compromisso com a justiça social e com a consolidação dos princípios fundamentais do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Carvalho LM, Silva AP, Pereira JT. Adesão ao Tratamento e Letramento em Saúde: Implicações para o Período Pós-operatório. *Rev Tecnol Saúde* 2025;10(1):55-72.
- (2) Silva RA, Pereira J T. Promoção do Letramento em Saúde no Contexto Pósoperatório: Abordagens e Resultados. *Internat J Health Care Management*. 2024;15(3):180-192.

CONTRIBUIÇÕES DO PET-SAÚDE EQUIDADE PARA A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS 6 MESES DO PROGRAMA PATHOS

Flavia Metzker de Andrade¹

Nathiele Alves de Almeida

Caroline Donateli Tomé

Marisol Live Souza Ferreira

Natália Luize Aquino Sanches

Jean Carlos Gomes dos Santos

Valéria Aparecida Moura

Márcia Colamarco Ferreira Resende

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação em saúde requer integrar teoria, prática e interprofissionalidade para preparar estudantes para os desafios do cuidado integral e do Sistema Único de Saúde (SUS). A educação e a prática interprofissional representam temas em ascensão no cenário da saúde em escala mundial (1). O aumento da longevidade e das condições crônicas exige um acompanhamento contínuo e uma abordagem integral, tornando a colaboração interprofissional essencial no cuidado à saúde (1). Mas a tendência dos profissionais ainda é de atuar de maneira isolada, refletindo uma formação segmentada.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, destinada a fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade (2). Desde sua instituição pelas Portarias Interministeriais nº 421 e nº 422, em 2010, o programa busca aprimorar a formação dos profissionais da saúde e estudantes por meio de atividades de ensino, pesquisa, extensão e participação social, em parceria com o SUS (2). Nesse contexto, torna-se fundamental analisar como iniciativas como o PET-Saúde contribuem para a formação acadêmica e para o fortalecimento da interprofissionalidade na prática. Compreender esses impactos pode oferecer subsídios para aprimorar estratégias pedagógicas e fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade na formação em saúde.

OBJETIVO

Descrever a contribuição de um grupo do PET Saúde 2024/2026 – “De mãos dadas: PUC Minas e SUS Betim para ações de cidadania no trabalho”, na formação profissional e pessoal de alunos dos cursos da área da saúde e ciências sociais, destacando a integração entre teoria e prática, e a interprofissionalidade.

1

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Betim. Email: metzkerflavia@gmail.com

METODOLOGIA

Em 2024, a PUC Minas Betim/MG e o SUS Betim/MG foram contemplados pelo Edital PET-Saúde Equidade, que incluía o Programa de Acolhimento às Trabalhadoras Hospitalares (PATHOS) como um dos seus grupos de trabalho. Esse grupo tinha como foco a equidade voltada a valorização das trabalhadoras hospitalares no SUS Betim, Minas Gerais. As atividades do programa aconteceram no Hospital Público Regional e no Centro Materno Infantil de Betim/MG. A equipe do PATHOS era composta por 11 alunos, sendo: 2 de Medicina, 3 de Fisioterapia, 3 de Enfermagem, 2 de Direito, 1 de Psicologia, e orientados por 2 preceptoras (uma enfermeira e uma assistente social), uma tutora (enfermeira e advogada) e coordenadora geral (fisioterapeuta). Aqui serão descritos os primeiros 6 meses do projeto, que envolveram atividades de capacitação da equipe, reuniões com outros atores sociais, visitas técnicas, atividades de campo, oficinas e ações de intervenção em saúde.

RESULTADOS

Inicialmente, a equipe realizou estudos e capacitações sobre temas como SUS, Saúde do Trabalhador e Equidade. As capacitações foram realizadas em grupos compostos por alunos de diferentes cursos e orientados por uma preceptora para capacitar a própria equipe. Com base nesses estudos, também foram promovidos diálogos com outros serviços da Rede como o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) do município, o Núcleo de Ensino e Pesquisa do hospital (NEP) e com os outros grupos de trabalho do PET-Saúde da PUC Minas Betim. Em grupos menores, os alunos do PATHOS realizaram diversas visitas de campo nos 6 setores mais críticos do hospital e organizaram três oficinas (acolhimento, saúde mental e saúde da mulher) para este público. A interprofissionalidade esteve presente em todas as atividades do programa, proporcionando uma abordagem ampliada e enriquecedora do cuidado. A troca de saberes entre diferentes áreas não apenas valorizou as contribuições individuais de cada profissional, mas também aprimorou a compreensão coletiva sobre a complexidade do acolhimento e da promoção da saúde no ambiente de trabalho. Apesar de estar em fase inicial, o PATHOS já demonstra avanços na integração entre teoria e prática, favorecendo a colaboração efetiva, o pensamento crítico e a humanização do cuidado. Além disso, a participação de estudantes do curso de Direito evidenciou a importância de um olhar ampliado para a garantia dos direitos à saúde, tanto de pacientes quanto das trabalhadoras hospitalares, contribuindo para a formação de profissionais mais conscientes e comprometidos com a cidadania e a dignidade humana.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações realizadas pelo PATHOS nos primeiros seis meses apontam para uma grande contribuição na formação dos alunos, proporcionando protagonismo no cuidado, trabalho em equipe e uma perspectiva humanizada sobre a saúde das trabalhadoras hospitalares. As diversas ações realizadas, como oficinas, visitas técnicas e intervenções em saúde, colocaram os alunos como protagonistas no cuidado, enriquecendo a formação com novas perspectivas e habilidades e a inclusão de alunos de

Direito fortaleceu a compreensão sobre a garantia dos direitos das trabalhadoras e dos pacientes. O projeto demonstrou que a integração entre teoria e prática é essencial para capacitar futuros profissionais comprometidos com a equidade e dignidade humana no SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Costa RKS, Miranda FAN. A formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):232-237.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde [acesso 10 out 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude>.

CRIANDO PONTES DE INCLUSÃO COM A APAE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriela Mateus Falcoeiras¹

Maria Fernanda Nobrega Murici

Sarah Escrivães Catarino Saisse

João Otávio Santos Cipriani

Catharina Machado Shimatai de Medio

Eduarda Rangel Peres

Nina Lucia Prates Nielebock de Souza

Luciana Cresta de Barros Dolinsky

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O cuidado dispensado a pessoas com deficiência demanda atenção constante dos familiares e responsáveis. No entanto, essa responsabilidade frequentemente vem acompanhada de uma sobrecarga física e emocional que pode levar ao esgotamento, comprometendo não apenas a saúde dos cuidadores, mas também a qualidade do cuidado prestado. Diante dessa realidade, é fundamental reconhecer que, para garantir o bem-estar daqueles que necessitam de suporte contínuo, é igualmente essencial cuidar de quem desempenha esse papel (1,2).

Com esse propósito, a iniciativa “Cuidar de quem cuida” promovida pelo projeto de extensão “Construindo Pontes de Inclusão com a APAE–Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais” busca transformar a maneira como os cuidadores enxergam seu papel e sua própria necessidade de autocuidado (3). Por meio de encontros interativos, dinâmicas e rodas de conversa, o projeto abriu espaço para que esses indivíduos compartilhassem suas vivências, refletissem sobre seus desafios e, principalmente, aprendessem estratégias para preservar sua saúde física e mental.

Dessa forma, “Cuidar de quem cuida” reforça a importância de ampliar o olhar sobre os cuidadores, além de demonstrar a necessidade da promoção de políticas públicas e ações institucionais que assegurem o bem-estar dessa população, para que possam continuar desempenhando seu papel com saúde e qualidade de vida.

OBJETIVO

O principal objetivo da ação foi criar um espaço de acolhimento e escuta para os cuidadores, incentivando a reflexão sobre a relevância do autocuidado. Além disso, buscou-se proporcionar momentos de relaxamento e descontração por meio de dinâmicas interativas.

1 Faculdade Souza Marques. E-mail: gabrielamfalcoeiras@gmail.com.

METODOLOGIA

A atividade foi realizada na APAE, contando com a participação dos responsáveis por crianças atendidas pela instituição. Durante o atendimento das crianças, os cuidadores foram reunidos em uma sala separada para a execução das atividades planejadas.

Dinâmica do Quebra-Gelo: Para introduzir a temática do autocuidado, foi aplicada a “Dinâmica da Caixa”, em que uma caixa circulava entre os participantes ao som de uma música, gerando expectativa. Ao final, o participante que estivesse com a caixa ao interromper da música a abria, encontrando um bombom, simbolizando que a vida pode trazer surpresas positivas. Esse momento proporcionou reflexões sobre o medo do desconhecido e a importância de se permitir momentos de bem-estar.

Escuta e Identidade: Cada participante se apresentou, compartilhando seu nome e uma curiosidade sobre si. Notou-se que alguns pais se identificavam como “mãe/pai de...”, sem mencionar o próprio nome, evidenciando uma diluição de sua identidade pessoal em função do papel de cuidador. Foi então proposta a reflexão: “Você ama seu filho a ponto de se dedicar inteiramente a ele, mas o ama o suficiente para também cuidar de si? Cuidar de si não é luxo, é necessidade”.

Alongamento em Duplas: Com o intuito de incentivar a prática de atividades físicas como forma de relaxamento, foram ensinados exercícios simples de alongamento, realizados em duplas para promover interação.

Aferição da Pressão Arterial: Ao final da atividade, foi realizada a aferição da pressão arterial dos participantes como forma de conscientização sobre a importância do monitoramento da saúde.

RESULTADOS

A experiência revelou desafios significativos na conscientização dos cuidadores sobre a necessidade de autocuidado. Inicialmente, houve resistência dos participantes, possivelmente devido à dificuldade de priorizar suas próprias necessidades. No entanto, ao longo da atividade, observou-se um envolvimento crescente, maior interação entre os participantes e uma receptividade às dinâmicas propostas.

A “Dinâmica da Caixa” despertou reflexões sobre a importância de se permitir momentos de bem-estar. A atividade de escuta revelou que muitos cuidadores têm dificuldade em reconhecer sua identidade para além do papel de cuidador, mas a reflexão proposta gerou maior engajamento e adesão. O alongamento em duplas foi bem recebido, proporcionando um momento de relaxamento coletivo. Já a aferição da pressão arterial revelou que a maioria dos participantes apresentava valores dentro da normalidade, mas alguns casos indicaram a necessidade de acompanhamento médico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ação reforçou a relevância de criar espaços de acolhimento e suporte para cuidadores, promovendo estratégias que fortaleçam tanto a saúde mental quanto a física desses indivíduos. A experiência demonstrou que pequenas iniciativas podem contribuir para a melhora da qualidade de vida desses indivíduos, incentivando-os a se priorizarem sem culpa.

REFERÊNCIAS

- (1) Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):266-272.
- (2) Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Rev Bras Cancerol*. 2004;50(4):341-345.
- (3) Leal MGS. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *Rev Terceira Idade*. 2000;11(20):19-29.

CUIDADO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MENTAL EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE. UMA REVISÃO NARRATIVA

Veronica Maria Cecilia Cancinos¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os dados do Relatório Mundial Sobre a Deficiência (1), identificaram um bilhão de pessoas com deficiência; isto é, aproximadamente 15% da população mundial vive a experiência da deficiência.

A literatura mostra que as mulheres não apresentam apenas níveis mais elevados de transtornos mentais do que os homens, mas também sintomas mais graves e incapacitantes.

Respeito da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) estima-se que 70% dessas mulheres com deficiência têm uma vida sexual ativa. Porém, devido à sua capacidade mental, dependência e falta de informações, são particularmente vulneráveis a situações de risco e crimes contra a autodeterminação sexual.

Diversos autores (2) assinalam a necessidade de avançar no conhecimento para uma assistência integral que considere a saúde sexual e reprodutiva para este grupo populacional.

Nesse sentido, promulgaram-se normativas latinoamericanas que propõem diversas estratégias de abordagens da problemática (3, 4). No entanto, as mulheres com deficiência continuam expostas a múltiplas formas de vulnerabilidade e discriminação.

Como Requião (5) apontou, as discussões sobre os limites da capacidade jurídica, na prática dos atos das pessoas com deficiência, ainda são incipientes.

Dessa forma, neste trabalho objetiva-se conhecer a produção científica latinoamericana acerca da SSR das mulheres com deficiência intelectual e mental.

OBJETIVO

Mapear o conhecimento sobre as experiências de cuidado relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das pessoas com deficiência intelectual e mental nos países da América Latina.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da produção científica sobre a SSR das mulheres com deficiência intelectual e mental, que fornece uma descrição histórica do desenvolvimento da pesquisa sobre um tópico.

1 E-mail: vmccancinos@gmail.com

Utilizou-se a base de dados SciElo e LILAC, que compreendem a produção de artigos produzidos em diversos países da América Latina e Caribe, de acesso aberto.

Na primeira busca de artigos, foram utilizados os seguintes descritores: “sexuality” OR “sexual and reproductive rights” AND “Mental Health” OR “Intellectual disabilities”, encontrando 120 resultados, a maioria excluídos por impertinência temática.

A segunda busca foi orientada pelos descritores encontrados nos artigos da primeira busca e verificada pelos DeCS. Realizou-se uma busca avançada utilizando o operador booleano OR, e os termos “Disabled person”, “disabled persons” e “women with disability”, com o segundo operador AND e os termos “pregnant”, “pregnant woman” e “motherhood” novamente unidos pelo operador OR; sendo encontrados 967 resultados, selecionados 8 artigos para análise, e organizadas as informações em planilha Excel.

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados descrevendo a variável espaço-tempo dos artigos publicados tanto a evolução temporal quanto a procedência institucional dos autores e a distribuição por países.

A busca deu como resultado 967 artigos. No SciElo, foram publicados 244 artigos a partir do ano 1998 (data de início da plataforma) até 2025, e 723 publicados no LILACS, a partir do ano 1996 até 2025.

Cinco artigos, publicados a partir de 2015, foram selecionados da SciElo, nos seguintes países: México, Cuba, Argentina, Espanha e Portugal. Outros três artigos, publicados a partir de 2013, selecionaram-se da LILACS, todos pertencendo a autores do Brasil.

A maioria dos autores apresentou vinculação com instituições de ensino, de áreas do direito, da psicologia, da educação, das ciências médicas, enfermagem e das ciências da vida; e em alguns casos com instituições de saúde.

Foram pesquisadas diversas temáticas: abordagem contraceptiva, qualidade de vida, exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, rede social de apoio, e barreiras para o acesso a serviços de saúde.

Respeito do método e técnicas utilizadas, os artigos foram de metodologia qualitativa, entrevistas individuais a mulheres com deficiência, e trabalhadores e profissionais da saúde em instituições públicas e privadas, realização de inquéritos e análise documental.

Todas as publicações destacam a falta de estudos que pesquisem a SSR das pessoas com deficiência mental e intelectual, trazem o enquadramento legal e apontam para a necessidade de análise da situação pelo problema social que representa, constituindo o 65% da população com deficiência no mundo, que por sua vez equivale entre 3- 10 % da população global.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A SSR das mulheres com deficiência constitui um tema negligenciado na literatura, ainda mais ao se tratar de pessoas com deficiência intelectual e mental.

A revisão mostra que o interesse na temática acrescentou-se no período em que organismos internacionais promulgaram documentos e informes de monitoramento sobre a situação das pessoas com deficiência.

Chama a atenção o pequeno número de estudos nas plataformas SciELO e LILACS, que se compõem de produção científica de diversos países da América latina e Caribe, mostrando a necessidade de ampliação de pesquisas interdisciplinares na região.

Assim, levando em consideração a histórica invisibilização das pessoas com deficiência e a importância da saúde sexual e reprodutiva na qualidade de vida das pessoas, destaca-se como urgente o envolvimento de universidades e dos sistemas de saúde na melhoria da atenção integral dessa população, para o que será preciso refletir sobre a prática dos profissionais da saúde e aprimorar políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Relatório Mundial sobre a Deficiência. Geneva: WHO; 2011.
- (2) Barbosa J *et al.* A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Cienc Saúde Colet.* 2015;20(7):2165-2172. Doi: 10.1590/1413-81232015207.01792014
- (3) Brasil. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência. Brasília, DF: Presidência da República; 2015.
- (4) Argentina. Res. 03/19, de 11 de outubro de 2019. Documento “Derechos sexuales y reproductivos” Secretaria Ejecutiva. Órgano de Revisión de salud mental de la Nación.
- (5) Requião M. As mudanças na capacidade e a inclusão da tomada de decisão apoiada a partir do estatuto da pessoa com deficiência. *Rev. de Dir. Civil.* 2016;6:37-54. Disponível em: <https://ojs.direitocivilcontemporaneo.com/index.php/rdcc/article/view/33>.

CUIDADO FAMILIAR E ENVELHECIMENTO: A PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO NO ÂMBITO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Maria Helena de Jesus Bernardo¹

Raphaela Cordeiro Nascimento

Arthur Davi Mota Ferreira

Amanda Vitoria Enneas Lopes da Silva

Beatriz Raposo Teixeira

Kinda Martins Firmino

Layla Cristina Lima Barros dos Santos

Natasha Cristina Rufino Bomfim Fernandes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho visa apresentar a experiência de projeto extensionista na área do Serviço Social em universidade pública do estado do Rio de Janeiro. O projeto pauta-se na referência da Educação Popular em Saúde(1) e tem por principal objetivo realizar diferentes práticas educativas em saúde (ações coletivas, materiais, conteúdos em mídias sociais, cursos e eventos) voltados para o campo do envelhecimento. Destacaremos a elaboração da cartilha educativa–Cuidado: envelhecimento, dimensões e direitos dos (das) cuidadores (as).

Dentre as principais demandas do processo do envelhecimento brasileiro nos tempos atuais, tem-se a problemática dos cuidados, que se acentua em contexto de aumento da pobreza e do desemprego, da configuração neoliberal das políticas públicas e dos novos arranjos familiares. A Constituição Federal de 1988 prevê um conjunto de direitos fundamentais, cabendo ao Estado garanti-los através de ações governamentais que possibilitem o pleno acesso aos serviços e equipamentos em diversas áreas. Os direitos das pessoas idosas são assegurados por legislações específicas, mas e quanto à pessoa que cuida? Quais são seus direitos? Nessa direção, espera-se com a cartilha, socializar informações sobre os direitos, problematizar a naturalização familiar, racial e de gênero na produção de cuidados, além de politizar o debate do familismo nas políticas públicas.

OBJETIVO

Socializar a experiência extensionista, destacando a relevância da temática do cuidado na área do envelhecimento e a estratégia metodológica educativa impressa na atividade de produção da cartilha, contribuindo para uma formação mais crítica do estudante além de conferir maior visibilidade ao assunto e aos direitos previstos.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: helenabernardo@uol.com.br

METODOLOGIA

A montagem do material educativo seguiu um processo sistemático que ocorreu ao longo de 2024, envolvendo: a) construção de perguntas norteadoras e questões subsequentes; b) pesquisa bibliográfica e documental; c) redação das informações selecionadas. Após esse processo, o conteúdo será submetido à revisão textual e de supervisão teórica por profissionais e especialistas no tema que analisarão cuidadosamente as fontes e informações contidas na cartilha. A última etapa consiste na diagramação visual.

O alinhamento do projeto à referência teórica da educação popular em saúde reforça o investimento na produção de material educativo de modo a não reproduzir um conteúdo acrítico ou persuasivo. Para tanto, é fundamental a atenção redobrada com a organização textual, conteúdo a ser socializado, as fontes das informações, linguagem e recursos visuais apropriados ao universo do público alvo. Ou seja, o texto da cartilha precisa ser construído paulatinamente buscando ser atrativo e provocativo quanto as reflexões sobre a temática, instigando o leitor a pensar sobre sua realidade e o contexto mais amplo da sociedade brasileira, com ênfase na questão dos cuidados.

RESULTADOS

Todo o nosso investimento nesse trabalho foi buscar expandir a visão predominante na área da educação em saúde e a lógica prescritiva que persiste nos discursos e nas condutas profissionais. Essa lógica não somente atravessa as práticas profissionais na saúde como também serve de fermento para a reprodução do familismo institucional. Nesse sentido, um dos objetivos da cartilha foi convidar o (a) leitor (a) à reflexão sobre a naturalização do cuidado feminino e familiar, enfatizando o direito ao cuidado. Consideramos que a cartilha tem potencial para viabilizar o acesso às informações, pois avaliamos que a ausência de conhecimento dos direitos pode resultar no desconhecimento das formas políticas e coletivas de organização. Desse modo, a ideia central foi recorrer à cartilha como ferramenta pedagógica de comunicação e exercitar uma estratégia metodológica de troca ao invés da imposição, de reflexão ao invés da persuasão e orientação ao invés da prescrição(2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A etapa de produção textual e de conteúdo da cartilha foi encerrada com êxito, haja vista ter atingido seu objetivo inicial, qual seja: construção de material educativo com fins de reflexão sobre o tema Cuidado e Envelhecimento. Entretanto, a fase de revisão e divulgação encontra-se em curso, o que não nos impede de avaliar preliminarmente que será necessário multiplicar esse debate, seja através de desdobramentos da cartilha seja pela sua própria divulgação como espaço de discussão continuada sobre a temática.

Defendemos e frisamos ao longo da cartilha que o cuidado, na qualidade de direito intrínseco para a vida humana, deve se constituir em um pilar da cidadania social, articulado ao sistema previdenciário, de saúde e assistencial. Ou seja, uma Política de Cuidados integrada em rede, pois a

falta de políticas públicas voltadas para os cuidados domiciliares gera iniquidades no acesso ao cuidado e compromete, por conseguinte, o direito ao trabalho e à vida!

REFERÊNCIAS

- [1] Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface*. 2001;8(5):121-126.
- [2] Bernardo MHJ, Oliveira T. A dimensão educativa no exercício profissional de assistente social: reflexões sobre o trabalho remoto com idosos em cenário pandêmico. *In: Lole A et al*, organizadores. *Diálogos sobre trabalho, serviço social e pandemia*. Rio de Janeiro: Mórula; 2021. p.45-60.

CUIDADO OBSTÉTRICO PARA PESSOAS TRANS EM UMA MATERNIDADE ESCOLA NA BAHIA

Elias Damacena Lima¹

Andrea da Silva Araújo Marques Novo

Fanny Eichenberger Barral

Leila Ambros Costa

Marla Niag dos Santos Rocha

Yan Borges Sales Filho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A gestação e a parentalidade de homens trans tensionam as fronteiras dos padrões hegemônicos de gênero, masculinidade e feminilidade, ampliando a discussão sobre sexualidade e reprodução no âmbito das políticas de saúde (1). A saúde reprodutiva de pessoas transmasculinas ainda é uma área pouco explorada, e o modelo obstétrico atual, fundamentado em pressupostos cisnormativos, pouco considera as particularidades dessa população. Nesse sentido, existem barreiras significativas que dificultam o acesso aos cuidados adequados, como o despreparo profissional, a escassez de materiais didáticos inclusivos e o estigma institucionalizado. A matriz cisnormativa é evidenciada na formação de políticas públicas, o que limita e inviabiliza as representatividades de outros corpos em processo gestacional. Diante disso, torna-se urgente a implementação de programas que garantam cuidados gestacionais inclusivos, respeitando a diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais, sob a perspectiva da equidade. Assim, este trabalho apresenta a experiência desenvolvida pelo Programa Transgesta, numa maternidade escola no nordeste brasileiro, a fim de oferecer assistência a pessoas trans durante o período gravídico-puerperal.

OBJETIVO

O objetivo geral deste trabalho é relatar a experiência na implantação do Programa Transgesta na assistência obstétrica a pessoas transmasculinas numa maternidade escola na Bahia. Ademais, visa discutir os produtos desenvolvidos no programa, bem como traçar uma reflexão sobre a assistência prestada.

METODOLOGIA

Com o fortalecimento e maior visibilidade do ativismo transmasculino no Brasil a partir de 2010 (2) homens trans, ainda que poucos, começam a assumir a vivência da gravidez e da paternidade num mesmo corpo também como parte de suas vivências identitárias. Rompem, portanto, com as expectativas para o masculino e mesmo para a vivência trans (3). Nesse sentido, a implementação de programas

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: elias.damacena@ufba.br

que subsidiem as peculiaridades dessas pessoas torna-se cada vez mais necessário. Assim, o Programa Transgesta, implantado em 2021, surgiu para atender às demandas da população trans com vistas a contemplar as especificidades físicas, clínicas e emocionais relativas ao período da gestação, do parto e do puerpério. Além disso, busca combater preconceitos e estigmas amplamente reproduzidos na saúde, promovendo um atendimento inclusivo e respeitoso para pessoas transexuais, travestis, transgêneras, intersexo e demais denominações. Durante 2021-2024, foram realizadas onze práticas assistenciais e diversas produções institucionais. A maternidade inovou com a produção da Caderneta Pré-Natal para pessoas trans, facilitando o acompanhamento gestacional, personalizando o cuidado e gerando dados essenciais para políticas públicas inclusivas. Atualmente, a Caderneta foi nacionalizada para os hospitais conveniados à Rede EBSEERH. Além disso, foi implementado o fluxo de atendimento para pessoas trans gestantes e suas parcerias. O fluxo inclui diretrizes sobre uso de nome social, pronomes adequados e atendimento personalizado, com acompanhamento interdisciplinar, orientações sobre aleitamento (incluindo processo de indução da lactação), construção de Projeto Terapêutico Singular e apoio psicossocial. Também são garantidos privacidade e conforto durante o alojamento conjunto. Ademais, no contexto da formação continuada dos profissionais, foram promovidas capacitações com vistas a promover formação profissional que permita abordagem mais inclusiva e sensível às necessidades dessa população. As formações abordaram temas como saúde reprodutiva trans, atendimento humanizado e gestão de fluxos assistenciais. Essas ações visam melhorar a qualidade do atendimento, favorecer a sensibilização de profissionais de saúde e contribuir para a construção de um modelo de cuidado mais equitativo e acessível para pessoas trans. O impacto da assistência será avaliado com base em entrevistas semiestruturadas que serão aplicadas tanto aos usuários do programa, quanto aos profissionais de saúde e gestores da maternidade, buscando-se portanto, identificar possíveis lacunas no serviço prestado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Programa Transgesta representa um avanço na promoção de práticas inclusivas em saúde, contribuindo para a equidade e um atendimento respeitoso a um público historicamente invisibilizado no modelo obstétrico. No entanto, ainda há desafios a serem enfrentados, como a adesão nos processos de capacitação continuada das equipes de saúde, o rompimento de barreiras estruturais e culturais existentes fundamentadas pelo preconceito à população LGBTQIAPN+ e a carência de orientações/ estudos aprofundados e com bases metodológicas sólidas que permitam a adesão de prática clínicas adequadas à população assistida, tendo em vista as suas peculiaridades. Esses aspectos estão em consonância com achados recentes da literatura, que evidenciam como a gestação transmasculina desafia as convenções sociais tradicionalmente estabelecidas sobre reprodução e identidade de gênero (4). Assim, é fundamental a criação de diretrizes nacionais inclusivas e políticas públicas mais robustas, que garantam atendimento de qualidade com garantia da integralidade. As inovações adotadas no contexto do programa têm promovido dignidade às pessoas trans gestantes e servem como modelo para outras instituições que buscam oferecer cuidado mais inclusivo e humanizado.

REFERÊNCIAS

- (1) Avelino MML, Solano LC, Ceccim RB, Pessoa Junior JM. Transmasculinidades, gestação e acolhimento na rede de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2025;29(1):e240382. doi:10.1590/interface.240382.
- (2) Ávila S, Grossi MP. “Nós queremos somar!”: a emergência de trans homens no movimento trans brasileiro. Apresentado no: VII Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura; 2014 maio 7–9; Florianópolis, Brasil.
- (3) Martimiano GS. Transmasculinidades e gravidez: uma análise de políticas públicas em saúde [Trabalho de Conclusão de Curso]. Santos: Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade; 2023.
- (4) Silva GC, Puccia MIR, Barros MNS. A inclusão da diversidade de gênero na atenção obstétrica: desafios e possibilidades. *Ciênc Saúde Colet*. 2024 Apr;29(4):e19612023. doi:10.1590/1413-81232024294.19612023.

DE PORTA EM PORTA: COMPREENDENDO OS FAZERES DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Larissa Ellen Ferreira de Brites¹

Lívia de Lucena Song

Maria Clara Gonçalves Marreiro

Nayara Aparecida Soares Monteiro

Jacqueline do Carmo Reis

Danúbia Godinho Zanetti

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O PET-Saúde “De mãos dadas: PUC Minas e SUS Betim para ações de cidadania no trabalho”, é uma parceria entre a PUC Minas e a Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Com execução entre 2024 a 2026, o projeto visa valorizar as trabalhadoras do SUS, visibilizando questões de gênero, raça, etnia, e outras interseccionalidades, combatendo preconceitos e fortalecendo a equidade. Assim, o eixo de atuação, “SER Agente”, objetiva promover o acolhimento e ações de educação permanente para o desenvolvimento de competências das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), com foco na equidade de gênero, na prevenção de violências e nas transformações do ambiente de trabalho. Baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, reformulou-se a assistência à saúde no Brasil a partir de 1988. Em 1992 lançou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, criou a categoria do ACS para atuar nas UBS e ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde (1). Buscou-se, fortalecer a promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. As ACS apresentam condições de saúde e trabalho que merecem atenção, pois observa-se que não recebem da equipe de saúde a valorização que merecem. A maioria são mulheres, evidenciando a importância de discutir questões de gênero e combate às desigualdades que ainda persistem no ambiente de trabalho e na sociedade.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos a partir dos grupos focais realizados com as ACS de 15 Unidades Básicas de Saúde de Betim. Esses encontros tiveram como objetivo levantar as demandas e necessidades das ACS relacionadas ao trabalho, bem como compreender as questões de equidade de gênero visando ações de prevenção de violências.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com ACS de 16 UBS. As pesquisas exploratórias destrinçam um problema, proporcionando dados para

1

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: Larissa.brites@sga.pucminas.br

uma investigação mais precisa. Já o método descritivo, contribui com informações adicionais sobre o tema de interesse (2). A abordagem qualitativa busca entender opiniões, atitudes e comportamentos, atentando-se aos significados e motivos pelos quais algo ocorre (2-4). Durante as oficinas, aplicou-se a técnica de escuta ativa, permitindo que as ACS compartilhassem experiências, desafios e percepções, sem qualquer intervenção dos pesquisadores. As conversas foram registradas para posterior análise. Essa metodologia possibilitou identificar os principais pontos levantados pelas ACS, contribuindo para uma compreensão aprofundada das demandas e realidades enfrentadas nas UBS. Os dados coletados podem ser analisados de múltiplas formas, como análises temáticas, de conteúdo e fenomenológicas(2,5). Os dados coletados foram organizados e analisados, utilizando técnicas de categorização e interpretação de conteúdo, o que permitiu identificar padrões e prioridades emergentes.

RESULTADOS

Ao todo, foram entrevistadas 114 ACS atuantes em 15 UBS distintas: Alcides Braz, Bandeirinhas, Bueno Franco, Dom Bosco, Caique, Citrolândia, Cruzeiro do Sul, Icaivera, Imbiruçu, Laranjeiras, Parque do Cedro, PTB, Vila Bemge, Vila Cristina e Vila Recreio. Em uma UBS houve problemas logísticos que impediram a realização da oficina e, conseqüentemente, sua exclusão da análise.

O grupo entrevistado é miscigenado quanto ao gênero, idade, grau acadêmico, processo admissional, tempo de atividade laboral e atuação em áreas dentro do município. Apesar das divergências mencionadas, os profissionais dispuseram de queixas semelhantes entre si.

A princípio, os tópicos ‘Sobrecarga de trabalho’ e ‘Transbordamento de função pública’ foram os dois mais referidos, identificados em 13 das 15 unidades (86,6%). Tais questões corroboram com a ausência de clara descrição dos deveres e responsabilidades atrelados ao trabalho do ACS, evidenciando a perda das especificidades da profissão e desvirtuamento das atribuições profissionais atrelada a realização de multitarefas complexas que extrapolam seu conhecimento.

1: ‘Hoje não sei mais o que é ser agente além de fazer o papel de duas pessoas’

De modo semelhante, ‘Desvalorização profissional ou do saber’ e seus sinônimos, isto é, ‘Descrédibilidade’ e ‘Falta de reconhecimento’ apresentaram recorrência de 10 vezes (66,6%), tais diretamente convergentes à queixa de ‘Frustração’, ‘Desmotivação’ e ‘Sofrimento mental’ (46,6%).

3: ‘Sei da importância do meu trabalho, mas não sou valorizada’

4: ‘A gente cuida do outro, mas não cuida da gente’

Outras queixas específicas ou de baixa recorrência foram atribuídas a particularidades de grupos profissionais e/ou UBS, como violência no território e comunicação violenta entre equipe de saúde e usuários.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados deste estudo evidenciam desafios estruturais e emocionais enfrentados pelas ACS em Betim, como sobrecarga de funções, transbordamento da função pública, precariedade do trabalho, desconhecimento do fluxo de atendimentos, falta de reconhecimento e de lugar de fala. Essas dificuldades impactam sua atuação e reforçam a necessidade de políticas que valorizem seu papel no SUS. O Programa PET-Saúde, ao promover acolhimento e educação permanente, contribui para a capacitação e fortalecimento desses profissionais, favorecendo a equidade e a justiça social. A escuta ativa revelou a urgência de melhores condições de trabalho e estratégias que aprimorem a inserção e valorização das ACS. Assim, destaca-se a importância da participação social e de investimentos na qualificação, garantindo um SUS mais inclusivo e eficiente, capaz de atender às demandas da população e reconhecer a relevância do trabalho das ACS na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990.
- (2) Cordeiro FN *et al.* Estudos descritivos exploratórios qualitativos: um estudo bibliométrico. *Braz J Health Rev.* 2023;6(3):11670–81.
- (3) Laurindo AP, Silva JAP. Introdução à pesquisa: características e diferenças teórico-conceituais entre o estudo qualitativo e quantitativo. *Rev Uniabeu.* 2017;10(26):45–55.
- (4) Jordan D. Contemporary methodological approaches to qualitative research: a review of *The Oxford Handbook of Qualitative Methods*. *Qual Rep.* 2018;23(3):547–56.
- (5) Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. *Arq Bras Psicol.* 2019;71(2):51–67.

DEFICIÊNCIA NA ARTRITE REUMATOIDE: UMA VISÃO AMPLA

Mariana Yañez Robadey¹

Bernardo Roedel Coimbra de Gouvêa

Camila Moura Silva

Felipe Bacos Accetta

Giulia Herzog de Souza Lima

Harrison James Westgarth

Laura Maria Levindo Coelho Martinis

Mariana Monteiro Correa David de Almeida

Thiago Ravache Sobreira Leite

Yasmin Duarte Moura

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória autoimune crônica que acomete cerca de 1% da população mundial, sendo uma das principais causas de incapacidade física em adultos [1]. A inflamação persistente das articulações leva a deformidades progressivas, como desvio ulnar e dedos em “pescoço de cisne”, o que dificulta atividades essenciais como caminhar, segurar objetos e se vestir [2].

Além das complicações articulares, a AR pode afetar órgãos como pulmões, causando fibrose pulmonar, olhos, resultando em condições como episclerite e ceratite ulcerativa periférica, que podem levar à deficiência visual permanente [3-5]. A progressão da doença está associada a um alto índice de incapacidade: 50% dos pacientes perdem a capacidade laboral em até 10 anos, e 80% apresentam limitações funcionais após 20 anos [6,7]. Fatores modificáveis, como obesidade e tabagismo, agravam a doença e reforçam a necessidade de diagnóstico precoce, pois a demora pode comprometer a resposta ao tratamento [8].

No Brasil, a prevalência de deformidades articulares chega a 60% nos casos avançados, isso devido ao diagnóstico tardio e ao acesso limitado a DMARDs [9]. Um projeto de lei já aprovado na Câmara dos Deputados busca reconhecer a AR como deficiência, garantindo acesso a direitos trabalhistas, previdenciários e sociais, contribuindo para a inclusão e a qualidade de vida dos pacientes [10].

OBJETIVO

Avaliar, na literatura, a prevalência de deficiências, características e qualidade de vida de pacientes com AR no Brasil.

1 Faculdade de Medicina Estácio de Sá. E-mail: mariana.robadey@gmail.com

METODOLOGIA

Foi feita uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e Scielo, utilizando os critérios de inclusão: artigos gratuitos, últimos dez anos, idiomas inglês e português.

Para aprofundar a busca, foram utilizadas combinações entre os descritores: “rheumatoid arthritis AND disability AND quality of life” (143); “rheumatoid arthritis AND prevention AND health”, (272); e “rheumatoid arthritis AND disability AND prevention” (42); “rheumatoid arthritis AND quality of life AND prevention” (37), “rheumatoid arthritis AND brazil” (208), levando a um total de 702 artigos no Pubmed.

Na busca do Scielo, com combinações distintas, foram encontrados: “rheumatoid arthritis AND quality of life” (23); “rheumatoid arthritis AND disability” (25); “rheumatoid arthritis AND prevention” (2); “rheumatoid arthritis AND health” (75), o que levou a um total de 125 artigos.

Após exclusão de duplicatas, uniu as bases de dados, resultando em 697 artigos. Foram excluídos artigos que não se adequam ao objetivo, não abordam somente a AR, não prezam pela qualidade de vida de pessoas com AR e/ou por terem focado no tratamento. Por fim, foram incluídos 17 artigos para a realização do presente trabalho.

RESULTADOS

Pacientes com AR são suscetíveis à deficiência funcional, reduzindo qualidade de vida, especialmente em casos ativos e com dor intensa. Além das limitações físicas, ansiedade e depressão são comuns [11]. A doença pode afetar o sistema nervoso periférico, levando a neuropatia em até 72% dos casos, associada a dor neuropática e medo de cair, mas sem relação direta com quedas [12].

A alta incidência de quedas (14,3%-54% ao ano) decorre de dor, edema, deformidades e alterações na marcha, sendo influenciada por histórico de quedas e polifarmácia, sem associação com idade ou duração da doença [13]. A disfunção dos pés é debilitante, comprometendo a mobilidade e autonomia, impactando saúde física e emocional [14]. O sedentarismo decorrente agrava comorbidades e gera frustração e isolamento social.

Instrumentos como HAQ, SF-36 e NHP avaliam aspectos da doença, mas falham em medir dor e impacto social [15]. Estudos destacam a necessidade de avaliação biopsicossocial, pois doenças crônicas como AR estão associadas à depressão e distúrbios do sono [15]. Limitações funcionais são agravadas por fatores como idade, sexo feminino e tabagismo, reforçando a importância do diagnóstico precoce [16].

A dor é o maior fator de piora da qualidade de vida, e a fadiga está mais ligada à limitação funcional do que à inflamação [17]. A AR compromete produtividade, sendo que 44,3% dos pacientes seguem trabalhando, especialmente os mais jovens e os financeiramente vulneráveis [19]. Melhor acesso a DMARDs e políticas públicas eficazes podem reduzir os impactos da doença na vida pessoal e profissional dos pacientes [18].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A progressão da doença, associada a fatores socioeconômicos e acesso limitado a serviços de saúde, agrava as limitações funcionais e mentais, gerando um ciclo vicioso de deficiência. A abordagem multidisciplinar, com terapias farmacológicas, serviços de apoio, e projetos de saúde pública, é crucial para melhorar a qualidade de vida e reduzir o impacto da AR a longo prazo. Portanto, a implementação e ampliação de clínicas de abordagem inicial para AR, já estabelecidas em várias partes do mundo, e a utilização de protocolos padronizados de avaliação são fundamentais para uma abordagem eficaz, já que permitem uma identificação rápida e o início precoce do tratamento, evitando, assim, a progressão da doença para estágios de deformidades articulares e dor crônica. Assim como, medidas preventivas, incluindo a educação sobre os sintomas iniciais, visando diagnóstico precoce, e a importância da adesão aos protocolos de tratamento, são essenciais para reduzir as deficiências associadas à AR.

REFERÊNCIAS

- (1) Burzykowski T. *Adv Rheumatol*. 2022;48(2):345-60.
- (2) Cross M *et al*. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2012 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316-22. Doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204627.
- (3) Assayag D *et al*. *Curr Opin Pulm Med*. 2015;21(5):454.
- (4) Bongartz T *et al*. Incidence and mortality of interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2010;62(6):1583-91.
- (5) Fardellone P *et al*. Bone loss, osteoporosis, and fractures in patients with rheumatoid arthritis: a review. *J Clin Med*. 2020;9(10):3361. Doi: 10.3390/jcm9103361.
- (6) Matcham F *et al*. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2014;44(2):123-30.
- (7) Gomes RKS *et al*. Staying in the labor force among patients with rheumatoid arthritis and associated factors in southern Brazil. *Adv Rheumatol*. 2018;58:14.
- (8) Castelar-Pinheiro GR *et al*. The real study: a nationwide prospective study of rheumatoid arthritis in Brazil. *Adv Rheumatol*. 2018;58(9). Doi: 10.1186/s42358-018-0017-9.
- (9) Souza M. Câmara Dep. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/989254>.
- (10) Roma I *et al*. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2014;54(4):279-86.
- (11) Pereira FA *et al*. Evaluation of peripheral neuropathy in lower limbs of patients with rheumatoid arthritis and its relation to fall risk. *Adv Rheumatol*. 2022;62:9.
- (12) Lourenço MA, Carli FVBO, Assis MR. Characterization of falls in adults with established rheumatoid arthritis and associated factors. *Adv Rheumatol*. 2019;58:16.
- (13) Inoue EN *et al*. *São Paulo Med J*. 2018;136:520-4.
- (14) Almeida S *et al*. *Rev Bras Reumatol*. 2016;56(5):406-13.

- (15) Souza ENB et al. Einstein (SP). 2022;20:eAO6453.
- (16) Diniz LR *et al.* Measuring fatigue with multipl instruments in a Brazilian cohort of early rheumatoid arthritis patients. Rev Bras Reumatol. 2017;57:431-7.
- (17) Xavier RM *et al.* Burden of rheumatoid arthritis on patients' work productivity and quality of life. Adv Rheumatol. 2019;59(47).
- (18) Gomes R et al. Adv Rheumatol. 2022;62(2).

DETERMINAÇÕES ESTRUTURAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Carolina Michelin Sanches de Oliveira Borghi¹

Adelyne Maria Mendes Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva conta com vasta bibliografia que aponta como aspectos estruturais dos sistemas de saúde na América Latina a fragmentação e a segmentação. Os estudos privilegiam análises conjunturais, comparações de casos, trajetórias nacionais ou as influências de organismos internacionais nas reformas em saúde em nossa região, mas as razões pelas quais estas características persistem, com variações entre países e épocas, ainda foram pouco exploradas (1).

Examinando as determinações que incidem sobre a particularidade das formações histórico-sociais e da inserção mundial da América Latina foi possível indagar como a posição periférica e dependente dos países latino-americanos determina seus sistemas de saúde. Este problema de pesquisa valeu-se da incorporação da Teoria Marxista da Dependência (TMD), vertente que busca compreender as raízes e desdobramentos do nosso (sub)desenvolvimento articulando fatores internos e externos neste processo (2,3).

Este trabalho operacionalizou duas das três categorias centrais da TMD, a superexploração da força de trabalho e a transferência de valor, proporcionando dados empíricos que subsidiam uma aproximação do modo como a fragmentação e a segmentação dos sistemas de saúde na América Latina transcendem os limites do setor saúde e se inter-relacionam com a estrutura de classes nestes países e com a posição destes no sistema interestatal capitalista (1,4).

OBJETIVO

O objetivo geral foi compreender como a posição periférica e dependente dos países latino-americanos determina seus sistemas de saúde. Para isso, os objetivos específicos foram:

- Identificar e analisar indicadores que permitam a operacionalização das categorias superexploração e transferência de valor da Teoria Marxista da Dependência nos países latino-americanos.
- Discutir, à luz destes indicadores, as determinações estruturais dos sistemas de saúde América Latina

1

E-mail: carolmichelin@yahoo.com.br

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, ancorado na Teoria Marxista da Dependência, realizado em bases de dados secundários de acesso livre e em revisão de literatura selecionada para o assunto.

As bases de dados utilizadas foram a *World Inequality Database* (WID) e a Base de Dados e Publicações Estatísticas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Estas fontes foram eleitas por sua confiabilidade, amplo acervo de dados e por abordarem todos os países latino-americanos e contarem com séries históricas. Foram coletados dados para a América Latina como região e para todos os seus 20 países. Os indicadores referentes à região foram descritos e analisados em perspectiva histórica e foram tomados os últimos dados disponíveis para aqueles desagregados por país.

A categoria transferência de valor foi operacionalizada por meio de indicadores relativos à dívida externa e balança comercial, e a superexploração da forma de trabalho foi apreciada por meio da concentração de renda, porcentagem de pobreza e pobreza extrema, e inserção laboral por tipo de atividade. Os dados obtidos foram tabulados em planilhas Excel e gerados seus respectivos gráficos.

RESULTADOS

As características estruturais dos sistemas de saúde podem ser mais bem compreendidas por meio de uma análise que transcende a perspectiva setorial e reconhece a posição periférica e dependente dos países latino-americanos. Esta posição determina estruturalmente os sistemas de saúde a partir de dois mecanismos simultâneos e interrelacionados: transferência de valor e superexploração da força de trabalho.

A transferência de valor foi operacionalizada por indicadores relacionados à dívida externa e saldo da balança comercial. A dívida externa total supera em dezenas de vezes o gasto público em saúde de todos os países. A balança comercial é negativa na maior parte do período analisado. Dessa forma, a transferência de valor limita o acúmulo e manutenção de excedente necessário para a consecução de ações estatais de proteção social, notadamente a organização e funcionamento de sistemas de saúde.

A superexploração da força de trabalho foi analisada por meio de concentração de renda, porcentagem de pobreza e pobreza extrema, e inserção laboral por tipo de atividade. A América Latina é a região com maior concentração de renda no mundo, e reúne, em média, 27,3% da população em situação de pobreza, ainda que com variações entre os países. Sobre a inserção laboral, 70% dos trabalhadores encontram-se em atividades de baixa produtividade. A estratificação social denotada por tais indicadores lança luz sobre as desigualdades que determinam a estrutura de classe e ausência de coesão social em torno de um projeto universalista de acesso à saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados encontrados e sua análise apontam para a transferência de valor e a superexploração da força de trabalho como características medulares na América Latina (3,4,5). A aproximação da

Teoria Marxista de Dependência é um caminho para a compreensão de como a posição periférica e dependente dos países latino-americanos determina sua configuração de classes sociais e o acúmulo de excedente necessário para a construção de sistemas de saúde realmente robustos e que consigam atender as necessidades dos povos latino-americanos.

Reconhecendo que se trata de um estudo exploratório e que serão necessárias outras investigações para elucidar aspectos, esta pesquisa se justifica pela necessidade de um compromisso acadêmico para compreender as particularidades que perpassam a América Latina e seus sistemas de saúde, no esforço de transcender suas limitações e construir sociedades que produzam saúde (6).

REFERÊNCIAS

- (1) Laurel AC. La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud . Saúde Soc. 1993 Jan;2(2):21-84.
- (2) Bambirra V. O Capitalismo dependente latino-americano. 3. ed. Florianópolis: Insular; 2015.
- (3) Fernandes F. Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina. 2. ed. Rio de Janeiro: Global Editora, 1973.
- (4) Brettas T. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. Temporalis. 2017;17(34):53-76.
- (5) Cueva A. O Desenvolvimento do Capitalismo na América Latina e a Questão do Estado. 1979 [acesso 01 maio 2025]. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/cueva/1979/08/estado.htm>.
- (6) Santos T. Dependencia y cambio social. Santiago, Chile: CESO; 1973.

DIÁLOGO COLETIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM FÓRUM EM DEFESA DAS PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE EM PERNAMBUCO

Raphaela Delmondes do Nascimento¹

Amanda Belfort Cordeiro

Aysa Sofia Silva

Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Vespasiano

Wallyson Albino da Silva

Danielle Christine Moura dos Santos

José Alexandre Menezes da Silva

Maurineia Roseno de Vasconcelos

Kássia Pollyane Gomes Medeiros

Renata Alves Gomes Villani

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A hanseníase continua a ser um desafio significativo de saúde pública no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, entre 2014 e 2023, o país registrou uma média anual de casos novos que mantém a doença em níveis preocupantes ^[1]. A doença afeta predominantemente regiões marcadas por desigualdades sociais, como o Norte e o Nordeste, onde fatores como pobreza, falta de saneamento básico e desinformação contribuem para sua persistência (1,2). A superação desse desafio exige uma abordagem comunitária, com a participação ativa de líderes locais, campanhas educativas inclusivas e programas que promovam a conscientização sobre os direitos da pessoa atingida e o caráter curável da hanseníase. Estudos destacam que a capacitação de profissionais de saúde e a mobilização social são fundamentais para o controle efetivo da doença (3). Nesse contexto, o “Fórum Pernambucano de Saúde em Defesa das Pessoas Atingidas pela Hanseníase” atua como um espaço coletivo de diálogo, promovendo articulações intersetoriais entre academia, sociedade civil e gestão pública para fortalecer políticas de saúde, ampliar o acesso ao cuidado e garantir os direitos das pessoas afetadas pela doença. Assim, se constitui um espaço civil organizado que tem como objetivo discutir demandas relacionadas ao cuidado e a garantia de direitos das pessoas afetadas pela hanseníase.

OBJETIVO

Este resumo trata-se de um relato de experiência da criação e desenvolvimento do “Fórum pernambucano de saúde em defesa das pessoas afetadas pela hanseníase”.

¹ Universidade de Pernambuco. E-mail: raphaela.delmondes@upe

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca do processo de criação e desenvolvimento do “Fórum pernambucano de saúde em defesa das pessoas afetadas pela hanseníase”. A iniciativa surgiu a partir de um coletivo formado por membros do Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Cuidado, Práticas sociais e Direito à saúde das Populações Vulneráveis (GRUPEV), da Universidade de Pernambuco; do Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase (Morhan); da fundação NHR Brasil; do Centro social da Mirueira; e da gestão de controle da hanseníase do município de Recife e estado de Pernambuco, que reuniram-se em setembro de 2022 e decidiram criar o mesmo com o objetivo de garantir um espaço de discussão permanente entre diversos atores em prol das questões relacionadas ao cuidado e a garantia de direitos das pessoas afetadas pela hanseníase do estado de Pernambuco. O Fórum tem encontros bimensais na reitoria da Universidade de Pernambuco, com loco de organização GRUPEV. As reuniões contam com uma média de quinze a vinte participantes. Encontra-se ativo e em contínuo processo de articulação, sendo que este resumo visa contemplar o período de outubro de 2022 à abril de 2025.

O Fórum foi criado a partir de uma reunião em 2022 e entre janeiro de 2023 a abril de 2025 teve onze edições.

Dentre as discussões e conquistas do Fórum destacam-se: Promoção de diálogos entre usuários e representantes da gestão sobre a organização da Rede de Atenção; Debates e esclarecimentos sobre fluxos assistenciais e o processo de regulação para consulta à especialidades e cirurgias para pessoas atingidas pela doença; Busca de apoio para a criação de uma frente parlamentar em defesa das pessoas afetadas pela hanseníase, na ALEPE e na Câmara de vereadores de Recife; Presença de representantes de lideranças do poder legislativo; Construção da carta do Fórum (documento que sistematiza as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários e propõe estratégias para a ampliação do acesso ao diagnóstico, tratamento e reabilitação); Participação do Fórum Pernambucano no Fórum nacional de enfrentamento às doenças transmissíveis e negligenciadas; Participação no Projeto Advocaci da fundação NHR Brasil; Encaminhamentos de denúncias do não acesso ao direito à saúde ao Ministério Público de Pernambuco; Audiência pública realizada na câmara de vereadores do município de Recife; Articulação de temas para projetos de pesquisa acadêmicos; Participação no congresso nacional da ABRASCO; criação de agenda de reuniões bimensais com a secretaria de saúde de Recife e com a secretaria de saúde de Pernambuco, para discussões de pautas relacionadas à hanseníase com estes entes federativos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Fórum consolidou-se como um espaço essencial de articulação intersetorial, promovendo avanços na defesa dos direitos das pessoas acometidas. A iniciativa tem se mostrado essencial para a construção de políticas públicas mais inclusivas, garantindo direitos e ampliando o acesso à assistência, sendo um marco no enfrentamento da hanseníase em Pernambuco. Com objetivo de assegurar o direito

dos usuários, promover a inclusão social e garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, facilitando o acesso ao tratamento e a assistência contínua. Sendo assim, o fórum fortalece a participação social, promovendo a interação entre usuários e gestores, além de incentivar pesquisas e debates acadêmicos sobre hanseníase. Ademais, mostra a relevância da participação social na construção de estratégias integradas de enfrentamento da hanseníase, alinhando-se aos princípios da medicina social e saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial de Hanseníase 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologicode-hanseniase-numero-especial-jan-2025.pdf/view>
- (2) Lima SSG *et al.* As consequências do estigma da hanseníase na adesão ao tratamento em pacientes acometidos pela doença em uma UBS do município de Imperatriz-MA. Rev Científica Multidisciplinar Núcleo Conhecimento. 2023;8(4):86-98.
- (3) Silva-Sobrinho RA, Mathias TAF, Lincoln PB. Capacitação para o controle da hanseníase: avaliação e contribuições para a gestão. Saúde Debate. 2023;47(137):706-19. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47n137/90-100/>

DIÁLOGO E FORMAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA LAPA: PROMOVENDO O ATENDIMENTO INCLUSIVO E EMPÁTICO À POPULAÇÃO TRANS E TRABALHADORES DO SEXO

Mariana Yañez Robadey¹

Clara Sarquis Rodrigues

Edineia Lazzari

Giovanna da Costa Falabella Gribel

Julie Xavier de Avila Guedes

Marina Mendes Antunes Alves de Souza

Rita de Cássia Bezerra Luiz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O perfil da população de atendimento das unidades básicas de saúde (UBS) da Lapa é composto majoritariamente por adultos jovens e idosos, do gênero feminino, com ensino fundamental incompleto, renda familiar entre 2 a 5 salários mínimos, trabalhadores informais, como profissionais do sexo, composto por uma quantidade significativa de pessoas trans. No contexto do atendimento da Lapa, a comunidade trans é a que mais sofre com a baixa acessibilidade aos serviços de saúde devido à discriminação, visto que 43% dela já evitou procurar o sistema de saúde por se identificar como trans e, em média, 58% evitou o sistema de saúde após sofrer um ato de preconceito (1). Ademais, as profissionais do sexo têm seu acesso limitado por conflito com o horário de funcionamento das UBSs e sua carga de horário de trabalho, declarado por um dos profissionais de saúde. O desencontro junto aos preconceitos enraizados cria barreiras para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da região conduzirem. Diante desse cenário, o capítulo Association of Women Surgeons (AWS) de uma faculdade de medicina do estado do Rio de Janeiro fundou um dos projetos de extensão com foco na atenção e cuidado às pessoas trans trabalhadoras do sexo, residentes da Lapa, onde a primeira etapa consistiu o diálogo e formação dos profissionais do CSE Lapa, a fim de aprimorar o cuidado em saúde desse público-alvo.

OBJETIVO

Este trabalho expõe o relato de quatro estudantes de medicina no treinamento de funcionários de uma unidade de saúde da Lapa sobre diversidade de gênero.

METODOLOGIA

A dinâmica realizada no dia 25 de outubro foi formada por 3 etapas. Para avaliar o conhecimento prévio e a interação, os participantes foram divididos em três grupos e receberam uma lista contendo 10

1 Faculdade de Medicina Estácio de Sá. E-mail: mariana.robadey@gmail.com

conceitos que abrangem diversidade de gênero. Foi dado a cada grupo 3 minutos para identificar esses termos e atribuí-los às suas respectivas definições. Depois, cada conceito foi explicado, evidenciando os erros e acertos e permitindo que todos expusessem seus relatos e elucidassem dúvidas remanescentes.

“[...] ficou evidente que não apenas eles, mas eu mesma, tinha muito a aprender.”

Em seguida, foi proposta uma análise crítica de um caso clínico previamente elaborado, o qual abordou uma situação problema hipotética de um atendimento de paciente trans. Os profissionais deveriam identificar preconceitos na conduta do médico e quais mudanças eles fariam no contexto. Durante a etapa, todos avaliaram bem a problemática e não foram levantadas dúvidas. De fato, a conscientização influencia o atendimento e, portanto, os profissionais poderão aplicar os conceitos discutidos no dia a dia, reforçando o valor da dinâmica a longo prazo.

Ao encerrar a atividade e para consolidar os aprendizados, foi apresentado um pôster como material de apoio didático e de fácil visibilidade para relembrar os significados, elaborado pelas estudantes de medicina. Em sequência, fizemos um momento de perguntas e respostas. O diálogo contribuiu para esclarecer dúvidas que ainda não tinham sido sanadas e garantiu que todos saíssem com uma compreensão ampla do assunto. A importância dessa oficina se deu pelo processo de reflexão e troca que foi crucial para relativizar a percepção do que significa “saber” quanto ao tema.

“[...] Eu me sentia preparada para as dúvidas, mas ao ser questionada sobre a diferença entre trans e travesti, percebi minha insegurança mesmo após estudar para a oficina”

“[...] Essa dinâmica mostrou o quão essencial é saber lidar com a diversidade de gênero”

Portanto, foi possível experienciar as atividades propostas de uma forma única e necessária para o crescimento tanto pessoal quanto profissional, a fim de diferenciar o atendimento para um modelo biopsicossocial e refletir sobre o que ainda falta ser aprimorado. Segundo Rocon et al, em 2020, os desafios ao acesso da população trans no SUS incluem a falta de qualificação dos profissionais, o acolhimento inadequado, junto a ausência de serviços específicos, o que reflete a desigualdade na formação dos profissionais e instituições de saúde (2).

“[...] Não me sinto 100% preparada para atender profissionais do sexo.”

É essencial saber atender as demandas do território, principalmente, por já sofrerem muito com suas experiências individuais perante a própria interseccionalidade. Segundo Pinheiro et al, em 2024, mulheres trans e travestis enfrentam discriminação e estigma no acesso à saúde, agravados pelo desrespeito ao nome social e barreiras estruturais, evidenciando a importância de profissionais mais sensíveis e preparados (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência foi enriquecedora, proporcionando um aprofundamento essencial para atender nichos sociais com preparo adequado. A faculdade não preenche lacunas do conhecimento necessárias

ao atendimento integral dessas pessoas, revelando uma demanda crescente na prática plural atual. Questiona-se a aptidão dos futuros profissionais para oferecer um cuidado humanizado, já que o currículo não os prepara suficientemente para atender minorias. Sendo assim, uma lição marcante da oficina foi que a melhor alternativa é a comunicação aberta e sem julgamentos. Diante disso, integrar módulos de diversidade de gênero na formação em saúde é fundamental. Apesar da resistência de alguns profissionais, evidenciando barreiras sociais no atendimento, a experiência com o aprimoramento dos trabalhadores do CSE Lapa foi gratificante. O episódio reforçou não apenas a importância da promoção desses espaços de diálogo, mas também o quanto eles podem ser transformadores, pessoal e profissionalmente.

REFERÊNCIAS

- (1) Borgert V *et al.* A gente só quer ser atendida com profissionalismo: experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. *Physis*. 2023;33:e33036.
- (2) Rocon PC *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(1):e0023469. DOI: [10.1590/1981-7746-sol00234](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234).
- (3) Pinheiro TF *et al.* Dificuldades e avanços no acesso e no uso de serviços de saúde por mulheres trans e travestis no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27(1):240007. DOI: [10.1590/1980-549720240007.supl.1.2](https://doi.org/10.1590/1980-549720240007.supl.1.2).

DIREITO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL E PROMOTOR DE EQUIDADE: O CASO DA PESQUISA NASCER NO BRASIL/FIOCRUZ

Karina de Cássia Caetano¹

Thamiris de Andrade Sousa

Maria do Carmo Leal

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em contraposição a um período de exclusão feminina no campo científico e médico, os movimentos feministas, desde os anos 1960, abordaram uma visão crítica sobre a predominância da ciência patriarcal. Gerando uma visão mais humanitária nas ciências, propondo uma perspectiva mais inclusiva, que externou o movimento pela humanização do parto, impulsionado por políticas públicas e ciberativismo nos anos 2000(1). É neste contexto que surge o estudo “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, do grupo de pesquisa “Saúde da mulher, da criança e do adolescente – determinantes sociais, epidemiologia e avaliações políticas, programas e serviços”, coordenado pela Ensp/Fiocruz. Essa pesquisa nacional de base hospitalar coletou dados de 23.894 mulheres, em 191 municípios e 266 hospitais. Este trabalho traz a análise da divulgação científica dos resultados dessa pesquisa.

A divulgação científica é apresentada como uma ferramenta para transformar realidades, garantir direitos e fortalecer o vínculo entre ciência e sociedade (2). Diante de contextos de vulnerabilidade, desinformação e violência obstétrica, destacam-se as múltiplas demandas por iniciativas de educação em saúde e divulgação científica. Por isso, este trabalho analisou processos e produtos de divulgação científica do projeto *Nascer no Brasil*, produzidos de 2011 a 2018, e sua no campo do parto e nascimento.

OBJETIVO

Recuperar os processos e produtos de divulgação científica propostos pela pesquisa Nascer no Brasil, no período de 2011 a 2018.

1) Desenvolver pesquisa e catalogação dos processos e produtos voltados à comunicação pública das ciências;

2) Realizar uma breve reflexão sobre o material coletado e suas vinculações com outros contextos históricos do parto e nascimento no país.

METODOLOGIA

A metodologia envolveu análise documental (3) por meio da busca, catalogação de produtos de divulgação científica e sistematização de informações, permitindo o registro e a organização de um

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: karinacaetanos@gmail.com

conjunto de documentos dispersos e até então não analisados. Foram abarcados materiais, estratégias e experiências de divulgação científica e educação em saúde como a produção audiovisual e gráfica e os materiais de jornalismo científico. As bases de dados utilizadas foram o site atual e um backup em pdf do site anterior (retirado do ar em 2019), bem como as bases de dados da Fiocruz: Repositório ENSP, Arca Fiocruz, Vídeo Saúde, Informe ENSP, e os buscadores do Youtube e do Google. Os filtros utilizados foram 1) os nomes das pesquisas realizadas pelo grupo “Nascer no Brasil”, “Nascer nas Prisões”, “Avaliação da Rede Cegonha” e “Nascer Saudável”, 2) nome das coordenadoras “Maria do Carmo Leal” e “Silvana Granado Nogueira da Gama”. Foram identificadas

169 iniciativas de divulgação, catalogadas e categorizadas em uma planilha do Excel: data de publicação, título, plataforma de busca, formato, gênero, abrangência (local/ institucional/ nacional), canal, resumo, link, tempo em minutos, observação.

RESULTADOS

Os produtos de divulgação científica encontrados foram organizados em ordem cronológica decrescente, e sua análise destaca como o *Nascer no Brasil* abordou temas relevantes para a saúde pública. O processo de comunicação pública das ciências pesquisado demonstra um esforço amplo e contínuo de divulgação dos resultados com produção autoral, articulação pública da pesquisa, estreita interlocução com o poder público, com os movimentos de ativismo pela humanização do parto e nascimento e com o público leigo por meio de diversas matérias jornalísticas e entrevistas, participação em congressos, debates e passeatas e construção de políticas públicas. O tema de comunicação pública das ciências mais abordado foi o tipo de parto foi abordado, aparecendo em 68 títulos, sendo 10 com comparações sobre as vias de nascimento, 14 focalizados em partos vaginais e humanizados e 44 sobre as cirurgias cesarianas, com destaque para seu impacto negativo na saúde pública. Acredita-se que o interesse pelo tema, especialmente sobre o nascimento por via cirúrgica, justifica-se pela evidência que o Nascer no Brasil: a chamada epidemia das cesáreas que atinge mais da metade de todos os nascimentos do país e chega a 88% na rede suplementar de saúde (4). Os produtos de divulgação científica reforçaram a importância da articulação entre pesquisa acadêmica e sociedade, promovendo debates sobre direitos humanos e saúde coletiva. Além disso, a organização desses materiais contribuiu para a preservação da memória das ciências e da saúde no Brasil. Foi possível compreender o caráter colaborativo e comunitário das iniciativas encontradas, que visam o diálogo com diversos atores com atenção à especificidade de cada público, contribuindo com a mobilização de ações que fortalecem o direito à saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Destacamos a importância da pesquisa realizada visto que a busca e a catalogação dos registros sobre o Nascer no Brasil possibilitaram observar disputas simbólicas no campo da gestação, parto, nascimento e puerpério. Se a memória pode ser alterada ou esquecida, a pesquisa documental é um

caminho para manter viva a história da saúde pública no país. Ao catalogar e analisar a divulgação científica e a educação em saúde do projeto Nascer no Brasil entre 2011 e 2018, observou-se uma interação entre os setores público e privado, e entre a pesquisa científica e a mobilização social, impactando no debate sobre direitos sexuais e reprodutivos no país. O significativo volume de ações de divulgação científica e a evolução do campo da gestação e parto representam conquistas neste campo. Quando ampliadas pelas pelo ativismo do público materno podem ser consideradas mais um marco na história da obstetrícia no Brasil, e mais um passo para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

- (1) Leal MC. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):e00063818.
- (2) Chagas C, Massarani L. Manual de sobrevivência para divulgar ciência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020
- (3) Cellard A. A análise documental. *In: Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 295-316
- (4) Domingues RMSM *et al*. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014;30: S101-S116. doi: 10.1590/0102-311X00105113.

DIREITO NO PET-SAÚDE: UM OLHAR JURÍDICO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS TRABALHADORAS DO SUS BETIM, MG

Marisol Live Souza Ferreira¹

Gabriel Silva Baleeiro

Jean Carlos Gomes dos Santos

Natália Priscila Mota de Abreu

Fernando Gonçalves Rodrigues

Márcia Colamarco Ferreira Resende

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Ao ser inserido em uma formação articulada com o mercado de trabalho, o acadêmico é motivado a refletir a teoria vista em sala de aula em relação à experiência vivenciada na prática (1). O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) foi definido pela Portaria Interministerial nº421, de 3 de março de 2010, e tem como pressuposto justamente a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (2).

O PET Saúde 2024/2026–De mãos dadas: PUC Minas e SUS Betim para ações de cidadania no trabalho foi submetido ao PET-Saúde: Equidade, por meio do edital SGTES/MS nº11/2023 do Ministério da Saúde. Iniciado em maio/2024, ele busca promover a valorização das trabalhadoras no âmbito do SUS Betim, Minas Gerais. Desde sua primeira publicação, este é o primeiro Edital do PET que agrega o curso de direito aos grupos de aprendizagem e, por isso, pouco se sabe sobre as reais contribuições dessa área de conhecimento no desenvolvimento das atividades de um grupo PET.

OBJETIVO

Descrever a contribuição do curso de Direito no desenvolvimento das ações do PET Saúde 2024/2026–De mãos dadas: PUC Minas e SUS Betim para ações de cidadania no trabalho, a partir da experiência do grupo do Programa de Acolhimento as Trabalhadoras Hospitalares (PATHOS), destacando a atuação jurídica na promoção da saúde e equidade das trabalhadoras hospitalares do SUS Betim/MG.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência da participação do curso de Direito nos primeiros oito meses do grupo PATHOS (maio a dezembro/2024). A equipe do PATHOS foi composta por uma

1

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: ferreiramarisol45@gmail.com

coordenadora (fisioterapeuta), uma tutora (enfermeira e advogada), duas preceptoras (uma enfermeira e uma assistente social) e alunos dos cursos de direito, enfermagem, medicina, fisioterapia e psicologia. Os três primeiros meses foram dedicados à capacitação da equipe, com temas, grupos de estudo e reuniões com parceiros do Hospital Público Regional de Betim (HPRB) e do Centro Materno Infantil (CMI) de Betim/MG. Nos meses seguintes, a equipe se dividiu para trabalho de campo em cinco setores do Hospital (Pronto Socorro, Pediatria, CTI, Lavanderia e Nutrição) e no CMI. Para garantir a interprofissionalidade, os alunos foram distribuídos em grupos, nos setores, mas sem colegas do mesmo curso. Também foram realizadas oficinas para trabalhadoras do Hospital, com temas e metodologias definidas mensalmente. As atividades foram acompanhadas por reuniões semanais de toda a equipe do PATHOS.

RESULTADOS

As capacitações foram organizadas pelo próprio grupo, que estudou, levantou material bibliográfico e conduziu as discussões sobre: saúde pública; rede SUS/Betim; saúde do trabalhador da saúde; condições de trabalho em hospitais. Esse protagonismo, possibilitou que o grupo percebesse a inexistência de uma legislação do Município, que garantisse a saúde e segurança dos trabalhadores do SUS, no seu local de trabalho. As reuniões com parceiros, como o Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho dos servidores públicos municipais e o Núcleo de Educação e Pesquisa do Hospital, reforçaram a necessidade urgente dessa legislação. Diante desse cenário, a tutora e os alunos do Direito destacaram que a ineficácia legislativa no que diz respeito a promoção de saúde dos trabalhadores do SUS no Município, tem impacto direto no adoecimento, no aumento do absenteísmo e na redução da produtividade desses trabalhadores, o que proporciona impactos sociais e econômicos negativos tanto pessoais, como para o sistema de saúde do Município. A partir da identificação dessas demandas, o PATHOS estabeleceu contato com o Núcleo Jurídico de Políticas Públicas (NUJUP) da PUC Minas Betim, vinculando a esse grupo os alunos do curso de Direito da equipe. Eles iniciaram um projeto de pesquisa voltado à elaboração de relatórios técnico científicos sobre as normas relacionadas à promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores do serviço público, com o objetivo de subsidiar a criação de um projeto de lei para o município de Betim. Outra contribuição dos alunos do Direito foi na organização de uma oficina para os trabalhadores do Hospital e CMI, intitulada “As formas de enfrentamento ao racismo nosso de cada dia”, conduzida por uma professora do referido curso, especializada em Direitos Humanos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência adquirida pelo PATHOS evidenciou a lacuna normativa quanto à promoção da saúde dos trabalhadores do SUS Betim. A contribuição do curso de Direito no PET-Saúde foi essencial para identificar e analisar a legislação municipal sobre a saúde dos trabalhadores e sua correlação com direitos previstos no ordenamento jurídico brasileiro. Além de aportar fundamento e técnica legislativa às ideias do grupo relativas à criação de um projeto de lei que prevê a promoção/proteção da saúde

para todos os trabalhadores da saúde do Município. Dessa forma, a participação do curso de Direito no PET-Saúde reafirma a importância do olhar jurídico na construção de políticas públicas mais justas e eficazes, contribuindo para a promoção da equidade e da saúde das trabalhadoras do SUS Betim. Além disso, evidencia a relevância do trabalho interprofissional na formulação de soluções integradas e na efetivação de direitos, fortalecendo a atuação coletiva em prol da equidade e justiça social.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 de março de 2010.
- (2) Paranhos VD, Mendes MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(1):109-15.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS EM CONTEXTO DE USO DE DROGAS E OUTRAS VULNERABILIDADES

Dayane da Rocha Pimentel¹

Glaucia Vivana Campos Xavier

Ruth Carolina Leão Costa

Camila Pimentel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A perspectiva dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR), em caráter amplamente revolucionário e emancipatório dos corpos, representou um avanço na abordagem do cuidado feminino centrado unicamente na maternidade, pautando a defesa da autonomia, integridade, igualdade, diversidade e justiça. Apesar do movimento de expansão, observamos uma trajetória diferente emergindo, nos quais os DSR têm sido alvo de ataques, disputas e de inação para garantir sua efetivação,[1] principalmente quando se trata de mulheres com experiência de uso de drogas.

Acerca desse último, percebe-se que existem lacunas para abarcar de forma integral os cuidados e as garantias dos DSR, sobretudo em relação àquelas que vivem em contextos de extrema vulnerabilidade social. A literatura científica já demonstrou que essas mulheres estão expostas a maior risco de abusos sexuais, violências interpessoais, infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes não planejadas e, ou, desfechos negativos no ciclo gravídico-puerperal[2]. Ademais, o estigma associado ao uso de drogas somado às desigualdades de gênero existentes no Brasil pode produzir efeitos deletérios para o pleno exercício do direito à saúde[3] quando se pensa, por exemplo, cenários de vazios assistenciais dos serviços especializados, dificuldade de acesso e qualidade da atenção aos modos de conceber o processo saúde-doença-cuidado.

OBJETIVO

No presente relato de experiência será dada ênfase à vivência que promoveu o diálogo sobre DSR em um Centro de Convivência destinado às pessoas que fazem uso de drogas, localizado em uma capital do Nordeste do Brasil. O período de realização ocorreu no mês maio de 2024. Assim, partindo do reconhecimento de situações enfrentadas, foram tecidas trocas sobre gênero e sexualidade, aborto legal, consentimento, direito a escolha, dentre outras especificidades referentes à temática.

METODOLOGIA

As reflexões apresentadas são frutos dos momentos iniciais de aproximação do campo de pesquisa das pesquisadoras vinculadas ao Laboratório de Estudos de Vulnerabilidades e Marcadores Sociais em Saúde da Fiocruz Pernambuco a um Centro de Convivência. Esse último, também denominado como

1 Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: day_pimentel@hotmail.com

equipamento de “baixa exigência”, realiza atividades voltadas para a prática de redução de danos, promoção do cuidado em liberdade, cidadania e dignidade humanas para segmentos em situação de vulnerabilidades e família e comunidades afetadas pela atual política de drogas.

Nesse espaço, acompanhamos um curso de formação pessoal e social que abordou temáticas relacionadas a gênero e saúde, violência, feminismo e antiproibicionismo, identidade e pertencimento étnico-racial, saúde mental, economia de rua, estratégias de cuidado em rede *etc.* Os encontros ocorreram semanalmente e teve duração de cinco meses. A primeira turma contou com a participação de 30 pessoas que possuíam identidades em torno das mulheridades, denominação política para afirmação da pluralidade que compõe o grupo (mulheres cis, trans e travestis), a equipe de redução de danos, estagiários e as pesquisadoras da instituição de ensino.

RESULTADOS

Na atividade formativa foi problematizado a definição de DSR a partir do livre arbítrio das pessoas decidirem sobre os seus corpos; a terem acesso à informação de forma oportuna e de qualidade; e a garantia de exercer a sexualidade livre de discriminação. A partir das experiências das conviventes, foi solicitado a contribuição para atender às seguintes perguntas disparadoras: “O que é consentimento?”, “Quais os significados e sentidos atribuídos aos atos de violência?” e “Conhece alguém que obteve desfecho desfavorável durante a prática de aborto?”.

Os relatos anunciaram uma carga simbólica de interdições quando as mulheridades reconheceram o aumento da vulnerabilidade quando estão sob uso de drogas. E, para aquelas que estão em situação de rua e extrema pobreza, acrescentou-se também as restrições na rede de apoio e limitação de acesso aos serviços socioassistenciais. Sobre o abortamento, a totalidade das participantes afirmou que conhecia ao menos uma pessoa que não teve acesso ao procedimento em situações previstas por lei; e houve, em associação, adoecimento, instauração de processo judicial, encarceramento ou morte.

Cabe destacar a potência das rodas de oralidade e zonas de escutas onde as trocas de relatos e saberes revelam atravessamentos nas diversas existências. Assim, como aprendizado e análise crítica, a noção de hierarquização de acesso aos DSR pode ser associada diante dos exemplos de violações vivenciadas pelas mulheridades. A discussão de “vidas precárias” propostos pela autora Judith Butler[4] é fio condutor para identificar como ciclos de pobreza e vulnerabilizações são mantidos pela regulação formal empregada pelo aparelho do Estado (mediante controle, medicalização e criminalização dos corpos)[5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante da complexidade, o fortalecimento do debate na Saúde Coletiva e, mais especificamente no campo das ciências sociais e humanas em saúde, mostra-se bastante promissor[6]. Dada a capilaridade que possui enquanto área interdisciplinar, poderá subsidiar a reorientação de políticas estratégicas com vistas a avançar em discussões intersetoriais para o atendimento das especificidades, adotando a

categoria de análise de interseccionalidade como postura ético-política para melhor compreender os condicionantes que estruturam as desigualdades sociais.

Por fim, faz-se necessário articular justiça e autodeterminação reprodutiva como meios de comunicação entre lutas. Nessas incluídas o fortalecimento da estratégia de redução de danos como resposta social e alternativa possível de uma política de cuidado, sendo este baseado em liberdade e na defesa do direito à autodeterminação das identidades e uso dos corpos.

REFERÊNCIAS

- (1) Brandão ER, Alzuguir FCV. Gênero e Saúde: Uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
- (2) Santos NTV, Almeida RBF, Brito AM. Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Recife; 2016.
- (3) Malheiro LSB. Tornar se mulher usuária de crack: cultura e política sobre drogas. Rio de Janeiro: Telha; 2020.
- (4) Butler J. Vida precária. Contemporânea. 2011;(1):13-33.
- (5) Brandão ER, Cabral CS. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. Horiz. antropol. 2021;27(61):47-84.
- (6) Martin D, Pereira PPG. Repensar a Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Interface. 2023;27:e220395.

DO “NÃO” À ESCUTA: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA

Raphael Miler dos Santos Bortolucci¹

Thiago Cardoso Pereira Carneiro

Winicius de Souza de Lima

Victória Cecília de Oliveira Virgínio

Larissa Crispim Barbosa

Andrea Morelli Mendes Gualberto

Ana Maria Auler Matheus Peres

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A busca por uma formação médica enriquecedora perpassa tanto por um arcabouço de aprendizado teórico quanto por atividades práticas, as quais permitem o contato com o paciente e todas as nuances inerentes a ele, proporcionando uma mescla produtiva entre dois mundos distantes: a universidade e a comunidade.

Nesse sentido, a disciplina de Semiologia, do curso de Medicina, da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), propõe em seu currículo aulas teóricas em sala de aula, práticas em hospital e em Unidades Básicas de Saúde. Para tanto, as aulas práticas são marcadas por um contato direto do aluno e do paciente dentro das instituições de saúde vinculadas à FMP. Nesse ambiente de interação, o aluno tem a possibilidade de executar e observar o que foi ensinado durante as aulas teóricas, aprendendo a lidar com a diversidade sociocultural, adaptando a fala técnica para uma linguagem acessível, algo essencial ao desenvolvimento na atenção primária (1).

Entretanto, esse ambiente por muitas vezes é desgastante, uma vez que ao fim de todos os momentos práticos uma avaliação baseada na entrega da anamnese e exame físico é aplicada. A atividade começa com a busca por um paciente disposto a fornecer seu tempo, atenção e disposição, o que muitas vezes é uma tarefa difícil e inconveniente, marcada por diversos “nãos”, olhares desviantes aos alunos e pacientes nos evitam.

OBJETIVO

Compreender os desafios da formação médica olhando para as dificuldades no ambiente prático, bem como compreender a importância desse processo para construção de um profissional que seja humanizado e que perpetue uma medicina científica mas com empatia.

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/ Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail raphaelmsb@alu.unifase-rj.edu.br

METODOLOGIA

Durante as aulas práticas, somos avaliados pela entrega de um exame físico e de uma anamnese direcionada. Essa dinâmica, que se repete semanalmente, já nos é familiar. No entanto, além do desafio de produzir um bom material para avaliação, enfrentamos uma outra dificuldade: encontrar pacientes dispostos a colaborar. Essa busca ativa por pacientes gera ansiedade e frustração, pois sabemos o quão invasivo e desgastante o processo pode ser para eles. É comum recebermos “nãos”, seja por cansaço, falta de disponibilidade ou simplesmente por desconforto em ser examinado por estudantes.

Ao longo do 6º período, estávamos acostumados a ouvir “nãos” durante a busca por pacientes para anamnese e exame físico. Porém, em abril de 2025 um evento serviu como gatilho e ponto de virada de chave em nossa perspectiva para nós na UBS. Um dos alunos foi à procura de um paciente disposto a colaborar com nossa formação e depois de várias recusas, uma senhora de meia idade aceitou nos ajudar, pedindo apenas que aguardássemos o término de seu exame cardiológico. Quarenta minutos depois, ela saiu do consultório, mas ignorou o aluno que esperava sentado próximo à porta e ao o abordá-la, ele perguntou se ela ainda poderia participar do exame físico, no entanto, foi outra negativa: “talvez numa próxima vez”, o que fez se sentir extremamente irritado, projetando-se no futuro como um médico apático e relapso.

Após esse evento o aluno foi até seus colegas, explicou o que havia ocorrido e logo foi em busca de um novo paciente. Durante essa busca, o aluno dirigiu-se à recepção para respirar e recompor-se, e lá visualizou o paciente que viraria de chave em sua formação, um senhor que aguardava atendimento, frustrado por só conseguir marcar a troca de seus medicamentos para um mês depois. Percebendo a oportunidade, o estudante foi até o idoso, que prontamente aceitou nos ajudar.

O paciente era um homem de 69 anos, analfabeto, com epilepsia (CID G40) que além dos desafios da doença, suas condições sociais dificultavam o tratamento. Ele sofreu um trauma contuso na cabeça após uma crise epilética recente, com grande perda sanguínea, um quadro recorrente devido ao uso irregular da medicação. Essa irregularidade ocorria tanto pela dificuldade de controlar os horários (já que ele não sabia ler as horas) quanto pela falta do medicamento nas farmácias, como também a recusa na troca por fármacos com o mesmo princípio ativo, o que fomenta o impacto negativo a adesão ao tratamento em pessoas com epilepsia, especialmente quando não sabem ler rótulos ou interpretar horários de medicação” (2).

Durante a entrevista, mostrou-se emocionado ao falar sobre os estigmas e preconceitos que enfrenta devido aos eventos epiléticos que, por vezes, ocorrem em locais públicos. Ao falar sobre sua rede de apoio e sua alimentação, emocionou-se novamente, demonstrando preocupação pela dificuldade ao acesso aos alimentos e a preparação das refeições, o que o faz pular refeições com frequência.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante disso, podemos entender que naquele momento a verdadeira opressão era aquela passada pelo paciente, e não a nossa, proveniente de muitos “nãos”, e que além disso, há a perpetuação dessa opressão, ao deixá-lo sofrer por mais um mês sem a medicação adequada. Pode-se dizer que o encontro com o idoso analfabeto e com epilepsia foi um ato pedagógico libertador, que transformou raiva e ansiedade em compreensão do nosso papel enquanto médicos com empatia, escuta ativa, comunicação clara e acessível, ter respeito à autonomia do paciente, ter compromisso social e equidade, bem como ter postura ética e humildade. Como afirma Paulo Freire, “transformada a realidade opressora, esta pedagogia deixa de ser do oprimido e passa a ser a pedagogia dos homens em processo de permanente libertação” (3).

REFERÊNCIAS

- (1) Öhman E, Pal ET, Hult H, Nilsson GH, Salminen H. Medical students' perception of learning from patient encounters in primary health care: a qualitative interview study. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):935. doi:10.1186/s12909-023-04923-9.
- (2) Dash D, Sebastian TM, Aggarwal M, Tripathi M. Impact of health education on drug adherence and self-care in people with epilepsy with low education. *Epilepsy Behav.* 2015 Mar 1;44:213–7.
- (3) Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.

EDENTULISMO: IMPACTO E DESAFIOS NO BRASIL

Ana Paula da Silva Andrade¹

Adriano da Silva Reis Christovão

Marciele De Oliveira Araújo

Suelen Cristina Moreira da Silva

Carlos Eduardo de Oliveira

Hauany Barbosa Reinold Velasco

Lorena Batista dos Santos

Pamela de Oliveira Gomes Pinheiro

Vivia de Holanda Machado

Kássia Fernandes

Rodrigo Pires

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O edentulismo continua sendo um desafio de saúde pública no Brasil, apesar dos avanços nas últimas décadas. A transição demográfica e o envelhecimento populacional tornam essa condição especialmente relevante entre idosos, afetando sua qualidade de vida (1). A perda dentária compromete a mastigação de alimentos ricos em fibras e proteínas, aumentando o risco de desnutrição e doenças sistêmicas (1). Também impacta a autoestima, socialização e bem-estar geral (2). Estudos associam sua prevalência a desigualdades sociais, com maior incidência entre pessoas de baixa renda e acesso limitado aos serviços odontológicos (3,4). Estima-se que cerca de 11 milhões de brasileiros sejam edêntulos totais, o que prejudica funções essenciais como fala e alimentação (4). Projeções indicam que, até 2040, essa condição será quase inexistente entre os jovens, mas afetará 85,96% dos idosos (4). Esse cenário reflete falhas históricas na prevenção e priorização de extrações como tratamento (4). Além das implicações clínicas, o impacto social do edentulismo é expressivo, podendo levar ao isolamento e à depressão (2). Este estudo visa discutir essas consequências e destacar a importância de políticas públicas eficazes.

OBJETIVO

Analisar os fatores socioeconômicos que influenciam o edentulismo no Brasil e seus impactos na saúde pública e no bem-estar psicossocial da população idosa.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório, através de revisão de literatura, com busca nas bases de dados PubMed/Medline, LILACS e SciELO, utilizando os seguintes descritores: “Edentulismo no

1

Universidade de Vassouras. Email: anapaulasilvaandrade15@gmail.com

Brasil”, “Saúde Bucal em idosos”. Foram selecionados e analisados artigos relevantes com base em critérios de inclusão, como clareza, relevância clínica e disponibilidade do texto na íntegra sobre.

RESULTADOS

A prevalência de edentulismo total é elevada, com variações significativas entre diferentes grupos populacionais. Fatores como idade avançada, baixa escolaridade, menor renda familiar, sexo feminino e estado civil viúvo (a) estão fortemente associados à maior ocorrência dessa condição. A perda dentária tende a aumentar com o envelhecimento, sendo mais frequente entre idosos em situação de vulnerabilidade socioeconômica (1,2). O acesso limitado a serviços odontológicos regulares, somado à percepção de que a perda dentária é natural no envelhecimento, contribui para esse cenário. A atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar a idosos acamados é essencial para mitigar o problema, mas a escassez de recursos e o difícil acesso aos serviços agravam a situação (2). A reabilitação protética, quando disponível, pode melhorar a qualidade de vida e autoestima dos pacientes, mas enfrenta barreiras estruturais no sistema público de saúde (3). A alta prevalência de edentulismo nas faixas etárias mais avançadas representa um desafio crescente. Projeções indicam que, até 2040, mais de 40% da população acima de 65 anos poderá ser edêntula, caso não haja a implementação de políticas públicas eficazes. Esse cenário reforça a urgência de investimentos em reabilitação oral e no acesso a próteses dentárias pelo sistema público (4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante do crescimento alarmante do edentulismo entre os idosos no Brasil, fica evidente a necessidade de fortalecer políticas públicas que priorizem tanto a prevenção quanto a reabilitação protética. O edentulismo não deve ser naturalizado como consequência inevitável do envelhecimento, pois reflete desigualdades sociais e dificuldades no acesso aos serviços odontológicos. Assim, o Estado deve ampliar os programas preventivos e garantir tratamento restaurador adequado, principalmente para grupos vulneráveis. A implementação de estratégias que evitem a perda dentária e promovam a equidade em saúde bucal é essencial para minimizar os impactos negativos dessa condição na qualidade de vida da população idosa e reduzir as desigualdades no acesso à saúde oral.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/14438>.
- (2) Andrade PCS *et al.* Brazilian Journal of Health Review. 2023;6(2):123-135.
- (3) Dornelas CM, Brazilian Journal of Health Review. 2022;5(1):45-59.
- (4) Cardoso M *et al.*, Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(7):2023-2032.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL PARA JOVENS E ADOLESCENTES EM ESCOLAS DE VALENÇA-RJ - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Wendell Xavier Santana da Silva¹

Esther Rocha da Paz Tirre

Felipe Rodrigues Castro

Kayo Pinheiro Lippi

Maria Hortência Farolfi de Melo Gonçalves

Juliana Brovini Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde sexual é essencial para o bem-estar dos jovens, mas enfrenta desafios devido à desinformação e tabus. Este relato de experiência descreve um projeto de extensão em escolas públicas de Valença-RJ, voltado à educação sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), métodos contraceptivos e saúde reprodutiva. A metodologia incluiu palestras interativas, questionários anônimos e dinâmicas educativas. Os resultados evidenciaram déficit de conhecimento, especialmente sobre contraceptivos menos populares, e apontaram a escola como principal fonte de informação. A experiência destaca a importância de programas contínuos de educação sexual para capacitar adolescentes na tomada de decisões seguras. A saúde sexual envolve o bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, exigindo experiências seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação ou violência (1). Uma pesquisa mostrou que 35,4% dos estudantes de 13 a 17 anos já tiveram relação sexual (2). A falta de conhecimento sobre ISTs e métodos contraceptivos está relacionada ao aumento da transmissão de infecções (3). A baixa adesão às medidas preventivas agrava a vulnerabilidade às ISTs no Brasil, tornando essa questão um problema de saúde pública (4).

OBJETIVO

O projeto teve como intuito abordar a educação sexual. Espera-se que os adolescentes e jovens de Valença-RJ aprendam e entendam a importância do assunto e suas particularidades, aplicando esse conhecimento na rotina e influenciando positivamente seu ciclo social. O desenvolvimento deste trabalho permitiu uma abordagem ampla e reflexiva. Nos encontros, exploraram-se diversos aspectos relacionados à saúde sexual, incluindo educação sexual, prevenção de ISTs, contracepção e orientação sexual, entre outros.

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido em escolas públicas do município de Valença-RJ, especificamente no Colégio Estadual Theodorico Fonseca e no Colégio Estadual Almirante Rodrigues Silva.

1 Centro Universitário de Valença. E-mail: Wendell.xsds@gmail.com

Participaram do estudo 52 estudantes do ensino médio, com idades entre 13 e 18 anos. Os temas abordados incluíram a importância das consultas ginecológicas e urológicas, higienização adequada, ISTs e suas particularidades (formas de transmissão, sintomas, exames e agravos), além de métodos contraceptivos. O projeto foi dividido em quatro encontros de aproximadamente 60 minutos cada, utilizando computador, projetor e microfone para apresentações interativas. Para análise descritiva, foi aplicado um questionário anônimo antes dos encontros, abordando aspectos como conhecimento prévio sobre saúde sexual, ISTs, histórico de relações sexuais e uso de preservativos na primeira relação.

RESULTADOS

Dos participantes, 85% relataram já ter tido contato com o tema saúde sexual, enquanto 15% responderam que não. Quanto ao uso de preservativo na primeira relação sexual, 57% afirmaram que sim e 43% que não. Sobre o conhecimento de ISTs, 79% afirmaram saber o que são, enquanto 21% não. A idade da primeira relação sexual variou entre 11-12 anos (2,9%), 13-14 anos (19,4%), 15-16 anos (55,5%) e 17-18 anos (22,2%). O meio mais comum de aprendizado sobre saúde sexual foi a escola (75%), seguida da internet (42,3%), familiares (42,3%) e outras fontes como revistas e colegas (28,2%). A iniciação sexual aumenta com a idade. Segundo estudos, 24,3% dos adolescentes de 13-15 anos já tiveram relação sexual, percentual que sobe para 55,8% entre 16-17 anos (4,5). Entre os alunos entrevistados, 57,14% iniciaram a vida sexual com 15 anos ou menos. Ademais, 42,86% não utilizaram preservativo ou anticoncepcional na primeira vez, reforçando a importância da educação sexual precoce. Estudos destacam que a escola desempenha um papel essencial na educação sexual (3). No projeto, a maioria dos alunos indicou a escola como principal fonte de informação (75%). Durante o feedback, foi constatado desconhecimento sobre DIU, adesivo anticoncepcional e preservativo feminino, mas os alunos relataram não ter mais dúvidas após os encontros.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O acesso à informação de fontes confiáveis é fundamental para a promoção da saúde sexual de adolescentes e jovens, proporcionando dados adequados, espaços de diálogo e apoio emocional. A educação sexual abrangente e inclusiva é essencial para capacitá-los a fazer escolhas conscientes, respeitando o próprio corpo e os outros, além de desenvolver relacionamentos saudáveis e consensuais. Entre os desafios encontrados, destacam-se os tabus e estigmas relacionados à sexualidade. Contudo, houve apoio e engajamento de professores, gestores escolares e alunos, que demonstraram grande interesse nas palestras, ressaltando a importância do trabalho colaborativo e da criação de uma cultura escolar que valorize a saúde e o bem-estar dos estudantes. Ao final, reforçou-se a importância de uma abordagem holística da saúde sexual, que respeite a diversidade de experiências e identidades, contribuindo para o fortalecimento de uma cultura de respeito e autonomia.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
- (3) Almeida RAAS *et al.* Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1033-9. Doi: [10.1590/0034-7167-2016-0531](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531).
- (4) Moraes L *et al.* Iniciação sexual precoce e fatores associados: uma revisão da literatura. Psic Saude Doenças. 2019;20(1):59-73. Doi: 10.15309/19psd200105.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Internet). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/ist>.

EDUCAÇÃO FÍSICA, INTERSETORIALIDADE E TERRITÓRIO: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO MUNDO DO TRABALHO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA VILA ITATIAIA - GOIÂNIA-GO

Ricardo Lira de Rezende Neves¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto pedagógico do curso de Educação Física (EF) da Universidade Federal de Goiás (UFG) traz em sua reformulação realizada a partir das diretrizes da formação de 2018, uma disciplina de estágio no quarto período que proporciona aos estudantes contato com o mundo do trabalho da EF, a partir do referencial teórico do campo da saúde coletiva. A disciplina em questão tem a finalidade de dar ênfase nas observações e análises de territórios quanto às especificidades do lazer, esporte e saúde na comunidade.

OBJETIVO

Relatar a experiência desenvolvida na disciplina “Educação Física, Intersetorialidade e Território” com estudantes de graduação em EF da UFG que teve a finalidade de explorar as condições de vida, a realidade do território da Vila Itatiaia e bairros vizinhos. Conhecer atores sociais, instituições, condições sanitárias e epidemiológicas, necessidades relacionadas à EF, ao Esporte, Lazer e Saúde e suas relações com os movimentos sociais, filantrópicos, religiosos, recreativos.

METODOLOGIA

As atividades ocorreram durante o ano de 2024 em dois semestres consecutivos e foram organizadas em três momentos. O primeiro momento com ênfase de formação teórica estruturada a partir dos estudos de Milton Santos (1) sobre o território e o saber local. O texto destaca a visão do autor sobre o território como um espaço em constante mudança e influenciado pelas ações sociais, enfatizando a importância de considerar o território como um conceito dinâmico e socialmente construído com as normas, práticas e traços culturais locais.

Outros autores do campo da EF foram estudados para refletir quanto às desigualdades e privilégios no acesso às Práticas Corporais e Atividades Físicas (PC e AF), esportivas e de lazer (2). Aprofundou-se nos estudos da EF como profissão no Sistema Único de Saúde (SUS), suas redes de atenção, princípios, diretrizes e marcos legais relacionados à EF na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica (3). E, ao final, estudou-se o livro “Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde” da professora Rita Barata (4). Injustiça e dificuldades de acesso dos grupos sociais considerando os atributos como riqueza, educação, ocupação, raça e gênero, entre outros, além da saúde como direito humano fundamental foram temas explorados.

1 Universidade Federal de Goiás. E-mail: ricardo_neves@ufg.br

O segundo momento enfatizou visitas, observações participantes, entrevistas e outras estratégias de aproximação com a realidade, priorizamos exploração de clubes, projetos sociais, equipamentos de lazer, Unidades de Saúde, Distrito Sanitário e outras possibilidades. O terceiro tratou do planejamento e execução de intervenções nas necessidades encontradas na exploração do território, a partir do conteúdo estudado nos momentos anteriores.

RESULTADOS

A exploração da realidade da Vila Itatiaia e bairros vizinhos e as necessidades desse território demonstrou o avanço nas melhorias das condições de vida da comunidade a partir do trabalho da associação de bairros e de vereadores lutaram para desenvolver projetos e programas para o bairro. Especialmente arborização, estrutura de transporte, saneamento, entre outros. Aas condições de vida local, os saberes e práticas cotidianas da comunidade permitiu, ao longo da história, criatividade para solucionar problemas coletivos. A complexidade das relações entre políticos, associação de bairro, Paróquia Assumpção, UBS, academias e clubes permitem inferir que o acesso às PC e AF, no entanto, estão mais nas instituições privadas do que nas públicas ou filantrópicas o que dificulta a ampliação do acesso à comunidade com seus modos de viver no território.

Ha falta de profissionais de EF para a orientação pedagógica para muitas práticas que são realizadas nas academias ao ar livre ou em parques de caminhada. Há atrasos na liberação de emenda parlamentares de algumas instituições o que causa transtorno no planejamento e execução dos projetos e ações.

Durante a exploração da realidade das academias, observou-se diferenças significativas quanto a modernidade, cuidado com a infraestrutura, higiene, organização e na dinâmica de funcionamento dos ambientes. Essas condições afetam diretamente a experiência dos frequentadores. Muitos podem se sentir desamparados e inseguros o que pode resultar em prejuízo e satisfação dos usuários.

No primeiro semestre de 2024, o planejamento e as ações desenvolvidas, no momento três do estágio, focou na necessidade de uma intervenção dos estudantes com três oficinas, intituladas de: Forró e Conversa, Treinamento Funcional, Respiração e Relaxamento. Esse trabalho visou minimizar os desgastes causados pela descontinuidade do trabalho PC/AF do Centro de Convivência de Idosos da Paróquia Assumpção e fortalecer as condições orgânicas dos participantes.

No segundo semestre de 2024, na UBS da Estratégia de Saúde da Família foi detectado a necessidade de desenvolver um trabalho visando fortalecer a saúde dos trabalhadores. Ao projeto foi dado o nome “Práticas Corporais e Atividades Físicas no fortalecimento dos modos de vida de trabalhadores da saúde”. Foram desenvolvidas atividades práticas holísticas, jogos e brincadeiras, treinamento funcional, danças e atividades de aventuras em oficinas. A finalidade também foi proporcionar a experiência com essas práticas da cultura corporal para pessoas que não tiveram acesso ou que não conheciam as mesmas cuidando dos cuidadores da saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As políticas públicas de PC e AF para a saúde, esporte e lazer são fortalecedoras dos modos de vida da comunidade, no entanto os órgãos públicos precisam ampliar o acesso para a população das comunidades mais pobres. O SUS seria o sistema que poderia promover a saúde através desses serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para reduzir as desigualdades e promover a equidade como princípio fundamental dos modos de viver.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. Cadernos Ippur. 1999;2:15-25.
- (2) Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. Saúde Soc. 2021(30). Doi: 2021.v30n2/e200363/.
- (3) Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. Ciênc Saúde Colet. 2016;21:1829-1838.
- (4) Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/48z26>.

EDUCAÇÃO MÉDICA E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ATUAÇÃO LONGITUDINAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA CIDADE DE CURITIBA/PR.

Gabriela Percilio de Araujo¹
Beatriz Sofia de Souza Pierin
Jennifer Chacharski
Gustavo Lucas Vitale
Izabela Andreatta
Luiza Rennó Casanova
Maria Eduarda Cordeiro das Almas
Marina Pistelli de Oliva Gloria
Sergio Cesar Cordeiro Neto
Vinícius Tagliari Corrêa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva envolve o acesso a métodos contraceptivos, vivência sexual saudável e o direito de decidir sobre o próprio corpo, sem discriminação ou violência. No Brasil, integra políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e gratuito a contraceptivos, campanhas educativas e cuidado em saúde (1).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental na implementação dessas ações, sendo a porta de entrada do SUS. Métodos contraceptivos hormonais e não hormonais possibilitam escolhas adequadas às necessidades individuais. No entanto, barreiras comunicacionais, geográficas, culturais e socioeconômicas ainda dificultam o acesso a esses serviços (1).

Este relato de experiência apresenta uma ação longitudinal em saúde sexual e reprodutiva em uma Unidade Básica de Saúde em Curitiba–PR, desenvolvida por estudantes de Medicina, a partir de uma demanda comunitária identificada pelo Conselho Local de Saúde (25/06/2024). A iniciativa busca criar um espaço para pessoas, especialmente adolescentes, abordando contracepção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e cuidados integrais. Conduzida por estudantes de Medicina e uma professora orientadora, médica de família e comunidade, visa garantir informação, autonomia e acesso ao cuidado integral, suprimindo lacunas no conhecimento e promovendo liberdade de escolha.

OBJETIVO

Desenvolver uma ação longitudinal em saúde sexual e reprodutiva, promovendo liberdade, autonomia e acesso à informação para usuários(as) de uma UBS em Curitiba–PR. Propiciar orientação

1 Faculdades Pequeno Príncipe. E-mail: gabrieladearaujo13@gmail.com

sobre métodos contraceptivos hormonais e não hormonais, incluindo opções injetáveis, implantáveis e intrauterinas. Além disso, garantir atendimento inclusivo e livre de discriminação à população LGBTQIAPN+, assegurando o acesso equitativo à saúde sexual e reprodutiva.

METODOLOGIA

A ação ocorre em uma UBS de Curitiba–PR, em uma região de alta vulnerabilidade social, onde a comunidade enfrenta barreiras no acesso à saúde sexual e reprodutiva. Identificada essa demanda em reunião do Conselho Local de Saúde, iniciou-se uma ação longitudinal conduzida por 11 estudantes de Medicina e uma professora orientadora. A UBS possui vínculo com a Instituição de Ensino Superior. As atividades ocorrem às segundas-feiras, com atendimentos voltados à orientação sobre contracepção, inserção de dispositivos intrauterinos (DIU) e acompanhamento da população LGBTQIAPN+. O projeto busca garantir autonomia e acesso equitativo, promovendo acolhimento e cuidado integral. A preparação incluiu estudo prévio e organização dos materiais, garantindo um ambiente adequado e humanizado. Durante os atendimentos, são utilizadas práticas como analgesia do colo do útero e aromaterapia para minimizar desconfortos. O acompanhamento se estende via WhatsApp, reforçando a continuidade do cuidado. A experiência com uma jovem em vulnerabilidade social e familiar destacou a importância de um atendimento inclusivo e empático.

RESULTADOS

Foram atendidas 27 pessoas, sendo 24 mulheres cis, 2 mulheres trans e 1 homem trans, entre 17 e 46 anos. Realizada desde setembro de 2024, a ação incluiu estudos teóricos sobre saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e assistência à população LGBTQIAPN+. Sob supervisão da professora orientadora, os atendimentos resultaram em inserções de DIU, inserção e retirada de implante subcutâneo, além de coletas de citopatológico e consultas para planejamento familiar e processo de hormonização. A experiência com a população trans proporcionou aprendizado sobre a saúde integral desta população e o papel da APS nesse cuidado. A dor relatada nas inserções de DIU variou entre 0/10 e 3/10, e a satisfação foi alta, devido à capacitação da equipe e ao ambiente acolhedor. O uso de aromaterapia contribuiu para o bem-estar. Relatos dos atendidos reforçaram a qualidade do atendimento e a sensação de cuidado. O impacto foi positivo tanto para a comunidade quanto para os estudantes, que aprimoraram conhecimentos e habilidades como comunicação, humanização e trabalho em equipe.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ação, focada em saúde sexual e reprodutiva, faz-se essencial para atender as demandas da comunidade e para a formação profissional da equipe. A adesão e cooperação dos atendidos foram destacadas, assim como a comunicação eficaz que facilitou o esclarecimento de dúvidas. A supervisão contínua da professora orientadora garantiu um ambiente seguro. O medo da dor no procedimento de inserção do DIU também foi um desafio, sendo mitigado com analgesia farmacológica e aromaterapia.

A ação permite a formação médica prática e a inclusão da população LGBTQIAPN+ em um ambiente sem discriminação. O impacto foi significativo para a comunidade, pois promoveu o acesso a cuidados essenciais em saúde sexual e reprodutiva, fortalecendo a autonomia e a escolha das pessoas.

REFERÊNCIAS

(1) Brasil. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

EDUCA-TRABALHADOR: INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE HOSPITALARES

Maria Helena Mendonça de Araújo¹

Donizete Vago Daher

Andressa Ambrosino Pinto

Enéas Rangel Teixeira

Liana Barbosa Macedo Almeida

Josiane Roberta de Menezes

Leandro Lourenço da Silva

Rosilene Ferreira Cardoso

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O programa de capacitação, intitulado “Educa-Trabalhador: Programa de resignificação das práticas profissionais em saúde no contexto hospitalar” surgiu como uma estratégia de Educação Permanente para qualificar a assistência hospitalar efetivada por trabalhadores da saúde, fortalecendo a competência e segurança dos mesmos frente aos riscos ocupacionais. Este programa se fundamentou no diagnóstico situacional das práticas de biossegurança, suscitando a implementação de ações educativas que promovessem mudanças progressivas no *habitus* dos trabalhadores relacionados a prevenção de doenças laborais, notificação de agravos e adoção de normas técnicas[1]. A proposta é trabalhar no Programa a aprendizagem significativa, ou seja, reunir estratégias educativas e programáticas focadas no conhecimento prévio dos trabalhadores sobre doenças ocupacionais, sua notificação, prevenção de riscos, e qualidade de vida[1,2], tendo seu marco a pandemia de COVID-19 que evidenciou a necessidade de rever práticas, na perspectiva da saúde do trabalhador hospitalar[1,2]. Tais conteúdos emergiram de pesquisa de campo com a participação de trabalhadores, que destacaram lacunas como: fragilidade no conhecimento referente a riscos ambientais, notificação de doenças ocupacionais, papel da gestão e disponibilização de insumos/materiais.

OBJETIVO

Narrar a experiência de uma estratégia de educação permanente que visou qualificar a assistência hospitalar efetivada por trabalhadores da saúde, bem como possibilitar a revisão do *habitus*[1] dos trabalhadores no ambiente laboral hospitalar, por meio da educação permanente.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo na modalidade relato de experiência, referente a efetivação do programa Educa-Trabalhador, desenvolvido em 2024, num hospital público de Macapá/Amapá,

1 Universidade Federal do Amapá. E-mail: ma.helenama@gmail.com.

onde laboram 1600 trabalhadores, dentre eles: técnicos de enfermagem, enfermeiros, técnicos de laboratório, serviços gerais, assistentes social, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e médicos, sendo que 30 destes trabalhadores aceitaram participar da pesquisa, assinando TCLE. Projeto aprovado com nº 54829922.2.0000.0001[1]. Os cenários foram o Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalhador, Núcleo de Educação Permanente em Saúde do hospital e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. A apreensão dos dados foi por meio de Oficina denominada World Café onde foram trabalhados temas como: Conhecimento sobre riscos ocupacionais; adoecimentos prevalentes na saúde do trabalhador e notificação de agravos ocupacionais. Para a análise foi utilizado o *software* IRaMuTeQ®, que quantificou, classificou e correlacionou as informações semelhantes[3]. Os achados permitiram produzir duas categorias: 1) Risco ocupacional no trabalho hospitalar e 2) Doenças de contágio ocupacional e sua notificação.

RESULTADOS

Referente a Categoria 1 foi narrado: *“O coletivo em meu grupo destacou a existência de riscos: biológico; acidente de trabalho; ergonômico (atendimento em poltronas ou leitos improvisados); risco à integridade física, como violência; aqueles relacionados à saúde mental, ao estresse e carga horária excessiva de trabalho”*. A NR-1[2] enfatiza que *“há combinação da probabilidade de ocorrência de agravo à saúde causado por evento perigoso, ou exposição a agentes nocivos ou exigências da atividade laboral, e da severidade desse dano.”* Já sobre a Categoria 2, ressaltaram *“as doenças ocupacionais são doenças que podem estar relacionados ao trabalho e transmitidas ao trabalhador no exercício da sua profissão. Dentre estas destacaram a tuberculose, a COVID-19, Hepatite B e C, sendo que todas estas fragilidades se relacionam com não uso de EPIs*. Está comprovado que todas as doenças citadas podem, sim, estar relacionadas ao ambiente de trabalho e, estão presentes na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicada na Portaria GM/MS nº 1.999[4].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Programa Educa-Trabalhador demonstrou ser uma ferramenta inovadora para o cenário pesquisado que pode tanto transformar como redirecionar a saúde ocupacional hospitalar, alinhando educação permanente à segurança do trabalhador. Os resultados destacaram a importância da articulação inter e intrasetorial entre os gestores, Núcleos de Saúde e Segurança do Trabalhador e Educação Permanente em Saúde do hospital e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; a eficácia das metodologias ativas nas capacitações e a necessidade de institucionalização das ações em saúde para a geração e manutenção da sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Araújo MHA. O habitus da notificação da COVID-19 como acidente laboral: o PRECEDE-PROCEED desvelando práticas no trabalho em saúde [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2024.
- (2) Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32. Brasília, DF: 2022 [acesso 2024 Jun 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/2022-2.pdf>.
- (3) Camargo VB, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ®. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição; 2021 [acesso 2023 Set 30]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria nº 1.999, 2/11/2023. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso 2024 Jan 21]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116>.

EL SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR: ANÁLISIS DE SUS LOGROS Y DESAFÍOS EN EL PERÍODO 2015-2022

Renata Paola Arequipa Toapanta¹

Olga Espinosa

Martin Quevedo

María Ramírez

Jacqueline Alcalde

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Ecuador ha experimentado transformaciones sustanciales en su estructura y organización en los últimos años. A partir de la reforma en la Constitución de 2008, se implementó el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, con el propósito de fortalecer la cobertura y calidad de los servicios. No obstante, aún persisten importantes desafíos en la rectoría de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), un elevado gasto de bolsillo por parte de los hogares, y limitaciones en la generación de recursos para la provisión de servicios de salud. Además, la reciente pandemia de COVID – 19, ha puesto en evidencia la debilidad del sistema.

OBJETIVO

Analizar el Sistema Nacional de Salud de Ecuador en torno a los logros y desafíos para el sector salud entre los años 2015 y 2022.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se basa en un análisis comparativo de indicadores entre 2015 y 2022, orientado a caracterizar los cambios en el SNS, según la disponibilidad de las fuentes de información.

El análisis abarcó, por un lado, el perfil de salud de la población, incorporando fenómenos demográficos y sociales relevantes, carga de enfermedad y el impacto del COVID-19; y por otro, aspectos estructurales y funcionales del sistema relacionados con su organización y rectoría, tales como el modelo de atención, la disponibilidad y distribución de recursos humanos, infraestructura, tecnología, acceso a medicamentos esenciales y mecanismos de financiamiento. Asimismo, se examinaron indicadores de acceso, cobertura, calidad y seguridad de la atención.

RESULTADOS

Entre 2015 y 2022, el sistema de salud experimentó avances en materia de rectoría, evidenciado en la creación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) (1) y la descentralización operativa. Sin embargo, la RPIS aún no se ha consolidado como un sistema integrado. Respecto a los determinantes

1 Instituto Nacional de Salud Pública. E-mail: renata.arequipa@insp.edu.mx

sociales, la pobreza aumentó del 23,3% al 25,2%, y el empleo formal cayó del 50% al 34,4%, lo que afecta los mecanismos contributivos. El acceso a servicios básicos de agua y saneamiento solo llegó al 55,5% en 2022, cifra crítica del 29,6% para la Amazonía (2,3).

El perfil epidemiológico muestra un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, responsables del 57% de las muertes, así como un aumento en la carga de enfermedad en términos de pérdida de AVISA, que pasó de 35,8% en 2015 a 57% en 2022 (4). La pandemia evidenció las brechas en la continuidad de la atención, con una reducción del 16,7% de atenciones por hipertensión y 40,8% en diabetes (5,6).

Aunque la cobertura universal se incrementó del 68% en 2010 al 79% en 2019, este avance no representa mejoras en el acceso efectivo, ni la protección financiera (7). Esto se refleja en el desabasto de medicamentos de 52% (8) y en el gasto de bolsillo de 31,3% para 2021 (9). Con relación a la calidad, desde 2015, a partir de la creación del ACCESS, se promovió la acreditación de servicios, alcanzando 2.920 acreditaciones en 2023 (10).

En cuanto a la experiencia positiva reportada por usuarios, el 94,3% corresponde al sector privado frente al 70,8% en el RPIS. Esto sugiere mejores condiciones percibidas en la atención privada. Por último, aunque indicadores como la tasa de supervivencia por cáncer, situada en 75,5% (11); y, la reducción de la mortalidad evitable de 218,2 a 194,2 por 100.000 hab. muestran mejora, estos avances son aún limitados frente a cifras regionales.

CONSIDERACIONES

- La pandemia evidenció la capacidad limitada de respuesta, servicios de salud fragmentados e inequidad en el acceso, resaltando la necesidad de construir un sistema más resiliente y adaptativo.
- Persisten limitaciones en la capacidad resolutoria del sistema, expresadas en el estancamiento de los niveles de cobertura, desabasto de medicamentos y altos niveles de gasto de bolsillo.
- Se requiere el fortalecimiento de la rectoría, principalmente en la consolidación de la RPIS; así como dirigir esfuerzos en la interoperabilidad de los sistemas de información, mejorar las condiciones laborales del personal de salud, entre otros.
- Las inequidades territoriales, étnicas y sociales siguen marcando las condiciones de acceso y calidad de los servicios, particularmente en zonas rurales y en pueblos indígenas, donde persisten rezagos históricos en atención materno-infantil y nutrición.

REFERENCIAS

- (1) Acuerdo Ministerial N° 004928. Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. 2014.
- (2) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo– Indicadores laborales 2015. 2015.
- (3) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Boletín Técnico: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), anual 2022.
- (4) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador–Estadísticas de Defunciones Generales . 2022. Boletín Técnico Estadístico de Defunciones Generales 2022.
- (5) Organización Internacional del Trabajo. El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19. 2021.
- (6) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud 2020.
- (7) Naciones Unidas. Banco de datos regional para el seguimiento de los ODS en América Latina y el Caribe [Internet]. Disponible em: <https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es>.
- (8) Aguirre D. Rotación de las máximas autoridades de la salud pública y la seguridad social en Ecuador (2017-2022). 2023.
- (9) Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico Institucional 2021–2025 [Internet]. Quito; 2021 [acceso 12 maio 2024]. Disponible em: <https://www.salud.gob.ec/plan-estrategico-institucional-2021-2025/>
- (10) Agencia de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y medicina prepagada. Visualizador de permisos de funcionamiento para establecimientos de salud [Internet]. 2023 [acceso 16 junho 2024]. Disponible em: <https://app.powerbi.com/>
- (11) Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico., Banco Mundial. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: OECD; 2020.

ENTRAVES NO ACESSO AO DIU DE COBRE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO A PARTIR DE SUAS USUÁRIAS

Leticia Moutinho Palis¹

Elaine Reis Brandão

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este resumo apresenta alguns resultados de pesquisa de mestrado que buscou examinar as desigualdades de acesso ao dispositivo intrauterino (DIU) de cobre entre usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro (RJ), adotando as ciências sociais na saúde como campo heurístico privilegiado para a construção da pesquisa. No SUS, a oferta do DIU de cobre é universal, compondo o conjunto de ações em planejamento reprodutivo do Ministério da Saúde [1]. O nível da Atenção Primária à Saúde (APS), considerado a “porta de entrada” para o SUS, concentra os principais serviços públicos de planejamento reprodutivo e conta com uma rede multiprofissional de diferentes áreas da saúde. Milanezi e Silva [2] classificam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como espaços exemplares das chamadas “burocracias de nível de rua” [3] ou das “políticas de guichê” [4], “por serem organizações do Estado nas quais ocorrem a interação direta e cotidiana com os usuários do SUS” [2]. As autoras recorrem a uma ampla linha de estudos que examina o papel de funcionários públicos na reprodução de desigualdades sociais ao implementarem políticas de Estado. A partir do olhar sobre as experiências de usuárias do SUS em busca do DIU de cobre, é possível identificar descontinuidades na aplicação de leis, normativas e políticas públicas por profissionais de saúde que atuam em unidades de APS.

OBJETIVO

Compreender as dificuldades de acesso ao DIU de cobre pelas usuárias do SUS no Rio de Janeiro, sob a perspectiva das ciências sociais e da “burocracia de nível de rua”. A análise busca elucidar as maneiras como os agentes de implementação de políticas públicas manejam as burocracias estatais e administram situações sociais em contextos precarizados, desenvolvendo lógicas de gestão adaptadas aos ambientes nos quais estão inseridos, que, entretanto, podem reproduzir iniquidades em saúde.

METODOLOGIA

Investigação de abordagem socioantropológica composta por nove entrevistas em profundidade, realizadas entre 2022 e 2023, com recursos de gravação de áudio. Os critérios de captação das informantes abrangeram mulheres adultas, em idade reprodutiva, residentes do Rio de Janeiro (RJ) e com experiências de demanda do DIU de cobre no âmbito do SUS no município. As interlocutoras

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: palisleticia@gmail.com.

foram captadas mediante trabalho de campo da pesquisadora principal em contato com organização não governamental que empreende ações em saúde sexual e reprodutiva no Rio de Janeiro, como a disseminação de métodos contraceptivos, incluindo o DIU de cobre. Outra fonte de captação se deu através de dois grupos digitais do Facebook, intitulados “DIU de cobre”, nos quais as participantes trocavam informações acerca de seus interesses e condições de uso do método.

Este estudo integra a pesquisa mais ampla “Governança reprodutiva: desafios para o Sistema Único de Saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e procura analisar políticas públicas de gestão da reprodução no Brasil, referentes à prevenção de gravidez não planejada.

RESULTADOS

As nove entrevistas reúnem mulheres com idades entre 22 e 36 anos, em sua maioria, residentes da Zona Norte e Oeste do Rio de Janeiro, de classes populares. Três participantes se autodeclararam brancas, três pardas e três como pretas. Oito entrevistadas fizeram uso do DIU de cobre—apenas uma nunca usou o dispositivo, apesar de tê-lo buscado na Clínica Família em sua região de moradia. Todas possuem acesso à educação superior.

Dentre as barreiras encontradas pelas entrevistadas para acesso ao DIU de cobre, destacam-se os conflitos resultantes da interação entre usuárias e profissionais de unidades de APS, que frequentemente desestimularam-nas ao uso do dispositivo. As interlocutoras que relataram negativas de acesso ao método no SUS apontaram para impedimentos de conotação moral por parte de profissionais de saúde, que produzem constrangimentos nos encontros contraceptivos. Os resultados mostram que mulheres jovens, negras, nulíparas, residentes em territórios periféricos e com histórico de abortamento tendem a ser desestimuladas ao uso do DIU de cobre, muitas vezes em decorrência da estigmatização de suas sexualidades. Nestes casos, o aconselhamento contraceptivo nos serviços públicos de saúde adquire uma dimensão acusatória [5]. Outros desafios estão ligados à precariedade dos serviços de planejamento reprodutivo, incluindo a escassez de profissionais de saúde habilitados para inserção ou retirada do DIU e insumos contraceptivos disponíveis.

Diante de tais percalços, a distribuição do DIU de cobre tende a funcionar com “seletividade”, e os profissionais operam critérios de elegibilidade para que as usuárias obtenham acesso ao método, muitas vezes baseados em valores morais que não encontram respaldo nas recomendações legais e institucionais do Ministério da Saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Para os fins específicos deste trabalho, privilegiamos a abordagem sobre as experiências de entrevistadas que receberam negativas de acesso ao DIU de cobre no SUS. Os resultados apontam que, em contextos de precariedade, os julgamentos morais de profissionais de saúde tendem a prevalecer sobre critérios clínicos consolidados nos processos de distribuição e inserção do DIU de cobre para

usuárias da rede pública de saúde carioca. A insuficiência de insumos contraceptivos e profissionais qualificados disponíveis, bem como a sobrecarga dos serviços em determinadas unidades de saúde, são fatores que contribuem para o desenvolvimento de uma economia de gestão que compromete a universalidade da oferta do DIU de cobre no SUS. Em tal contexto, mulheres afetadas por iniquidades de raça, classe, geração e território de moradia enfrentam maiores desafios de acesso a cuidados em saúde reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCU 380A. Brasília, DF: MS; 2018.
- [2] Milanezi J, Silva GM. Silêncio – reagindo à saúde da população negra em burocracias do SUS. *In*: Pires R, organizador. Boletim de análise político-institucional: implementação de políticas e desigualdades. Rio de Janeiro: IPEA; 2017. p. 37-43.
- [3] Lipsky M. Burocracia do nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília, DF: ENAP; 2019.
- [4] Dubois V. Políticas no guichê, políticas do guichê. *In*: Pires RRC, organizador. Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: IPEA; 2019. p. 105-125.
- [5] Fernandes C. Figuras do constrangimento: as instituições de Estado e as políticas de acusação sexual. *Mana*. 2019; 25(2):365-90.

ENTRE BARRAGENS E RESISTÊNCIAS: EDUCAÇÃO POPULAR E MOVIMENTOS SOCIAIS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Hanna Ayres Burnier¹

Rosália Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída em 2013, é uma grande conquista para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e para toda população brasileira (1). Tal política, contribui com a participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado e as práticas educativas em saúde. O Projeto de Educação Popular em Saúde (PedPopSUS) foi instituído no estado do Espírito Santo em 2020 com o objetivo de fortalecer os movimentos sociais por meio das ações propostas na PNEPS-SUS, promovendo o protagonismo popular (2). Este relato descreve a experiência do PedPopSUS no município de Linhares-ES como propulsor da participação social no Conselho Municipal de Saúde. Essa política ganha força quando levamos em consideração o impacto na saúde da região devido ao rompimento da Barragem de Fundão em 2015. O município de Linhares é cortado pelo Rio Doce e onde fica a sua foz. Em 2024 uma nova turma de educadores se forma dentro do PedPopSUS e, desta vez, entram três educadores residentes do município de Linhares e participantes dos movimentos sociais do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB) e Movimento Regenera Rio Doce. A partir desse cenário nossa articulação local ganha muita força através do projeto. Em maio deste mesmo ano, fui convidada a ocupar uma cadeira dentro do Conselho Municipal de Saúde de Linhares e a partir disso convidei Rosália Rocha, também educadora dentro do PedPopSUS, e suas companheiras do MST a fazerem uma participação conjunta no conselho para dar força e qualificar o debate.

OBJETIVO

Este relato tem como objetivo descrever a experiência das educadoras populares em saúde Hanna Ayres Burnier e Rosália Rocha no Conselho Municipal de Saúde de Linhares-ES, a partir da formação no Projeto de Educação Popular em Saúde (PedPopSUS). Busca-se evidenciar como a inserção de representantes dos movimentos sociais fortalece o controle social e a gestão participativa no SUS, destacando desafios, avanços e impactos da educação popular na promoção do direito à saúde.

METODOLOGIA

As atividades do projeto PedPopSUS se mostraram importantes articulações, fortalecedoras da participação social e auxiliaram na qualificação dos debates e estratégias adotadas pelas educadoras a partir da orientação e coordenação do projeto. As reuniões semanais de orientação tornaram-se

1

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. E-mail: hanna.ayresb@gmail.com

espaços de construção e preparo para participação no Conselho, assim como o próprio processo de formação, que contou com um módulo específico sobre participação popular e controle social (1,2). A metodologia utilizada para participação conjunta, e efetiva, no Conselho Municipal de Saúde foi construída, e segue sendo, a partir de decisões conjuntas de acordo com a realidade das participantes. O melhor formato encontrado foram reuniões, no modo online, para estudo das pautas, levantamento das demandas de saúde do território e organização para participação das reuniões do Conselho. Linhares é o maior município do Espírito Santo em extensão territorial e possui grande diversidade de população, incluindo um alto número de agricultores familiares, populações e comunidades tradicionais, como quilombolas, indígenas, pescadores artesanais e extrativistas. A partir dessa realidade entendeu-se que reuniões online seriam a melhor forma para mobilizar e organizar a participação no Conselho, já que algumas participantes ficam a aproximadamente 70km de distância uma da outra. Assim, reuniões quinzenais são organizadas contando com a participação de militantes do MST, MAB, Regenera Rio Doce, Vozes Negras pelo Clima, Assessoria Técnica e Independente (ADAI) e psicóloga da rede municipal.

RESULTADOS

A partir do projeto de Educação Popular em Saúde, as educadoras e os grupos em que atuam, tiveram a possibilidade de conhecer outros grupos, movimentos e organizações sociais. Isso resultou no fortalecimento da articulação local e no aumento da participação qualificada de usuários do SUS nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Linhares.

Com conselheiros que realmente representam as comunidades do campo e das águas, as pessoas tiveram a oportunidade de fazer valer o direito de levar as pautas e reivindicações dos seus territórios, seja denunciando a má qualidade da água, a falta de médicos e agentes de saúde ou cobrando um olhar diferenciado para a saúde dos povos e comunidades da zona rural.

As reuniões quinzenais online permitiram a construção de propostas para o Conselho, como: criação de comissões de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a fim de ampliar o acesso a saberes ancestrais de cura; e realização de reuniões itinerantes do Conselho, para incluir outras regiões e ampliar o diálogo entre gestão e território.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Embora os Conselhos de Saúde sejam espaços de participação popular e controle social, muitas vezes apresentam linguagem tecnicista e pouco acessível, o que desmotiva e dificulta a atuação dos usuários do SUS (3). A estratégia de ocupação desses espaços por educadoras populares e militantes de movimentos sociais, articuladas com a formação continuada e em rede, mostrou-se fundamental para ampliar e qualificar o controle social.

Projetos como o PedPopSUS são fundamentais para garantir uma participação social ativa e qualificada nos espaços de tomada de decisão, assegurando que a voz da população esteja presente onde

deve estar por direito. Fortalecer e ampliar políticas como a PNEPS-SUS é essencial para construir uma sociedade mais justa, com equidade no acesso à saúde e um SUS cada vez mais fortalecido.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013
- (2) Espírito Santo (estado). Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 1.503-R, de 27 de nov 2020. Cria o Projeto de Educação Popular em Saúde (PedPopSUS) no Espírito Santo. Vitória: SESA; 2020 [acesso 20 maio 2025]. Disponível em: <https://www.saude.es.gov.br>.
- (3) Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dez 1990. Dispõe sobre a participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e em conselhos e conferências de saúde [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [acesso 20 maio 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

ENTRE DIREITOS E BARREIRAS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Wagner Nery Copola¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Importante iniciar esse diálogo, apontando a reflexão de Costa (2024), de que a ausência de informação, contribui ainda mais para a sobreposição dos estigmas aos direitos das Pessoas com Deficiência (1), resultando na anulação e na invisibilidade das expressões da sexualidade dessa camada da população.

Este estudo investiga os direitos a saúde sexual e reprodutiva de pessoas com deficiência, propondo uma reflexão sobre as barreiras cotidianas que são enfrentadas, numa perspectiva de negação e invisibilidade da sua identidade, desejos e interesses. Assim a pesquisa busca compreender ainda, como a interpretação do conceito de sexualidade impactam na saúde de pessoas com deficiência.

Ao longo da história, mudanças significativas ocorreram, desde a compreensão e interpretação do conceito de saúde / doença, bem como suas práticas e modelos adotados. O final dos anos 90 e início dos anos 2000, o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos ganham força, especialmente a partir do I Seminário de saúde, Brasil (2010), entrando na agenda das políticas públicas, principalmente a partir de movimentos sociais de mulheres (2).

Considera-se assim, que o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivo de pessoas com deficiência, é relativamente recente, mas que ainda requer muita atenção, estudo e principalmente o avanço frente ao preconceito.

OBJETIVO

Analisar os desafios enfrentados por pessoas com deficiência no acesso à saúde sexual e reprodutiva, a fim de compreender o impacto da negação de sua sexualidade e identidade, contextualizando seus direitos.

METODOLOGIA

A proposta desse estudo, inicialmente se utiliza de uma abordagem qualitativa, baseando-se no levantamento bibliográfico. A análise se fundamenta na revisão de literatura sobre deficiência, saúde sexual e reprodutiva, bem como e normas sociais, buscando compreender como essas identidades são construídas e reforçadas em diferentes contextos.

A revisão crítica de estudos acadêmicos e documentos institucionais permite identificar padrões de invisibilidade, negação e marginalização da sexualidade das pessoas com deficiência em razão da ideia de incapacidade, que fora atribuída durante décadas e esses sujeitos.

1 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: wagnercopola@gmail.com

RESULTADOS

Os estudos apontam, no que se refere aos direitos das pessoas com deficiência (Gomes, 2021), que o contexto social, histórico e político, por décadas, foi marcado pela marginalização, abandono e negação de sua identidade, noutro momento, foram vistos e compreendidos a partir de uma perspectiva de compaixão (3).

É importante ressaltar avanços importantes nesse contexto, sendo um deles a passagem do modelo médico (que entendia a deficiência a partir de suas lesões e sua incapacidade, com foco no diagnóstico e sua reabilitação) ao modelo biopsicossocial, compreendido a partir da Lei Brasileira de Inclusão—Lei 13.146/2015, (onde a deficiência é entendida não somente pelo viés médico-biológico, mas considerando também os aspectos sociais e psicológicos que influenciam o cotidiano dessas pessoas), dando visibilidade ao sujeito em sua completude, apontando o direito a saúde sexual e reprodutiva.

Importante aqui, evidenciar o conceito de sexualidade para além do sexo e prazer, entendendo seu aspecto a partir do papel de cada um na sociedade, aquilo que sentimos e fazemos, nossas experiências, intimidades, identidade de gênero, orientação sexual, bem como o afeto (4). Contextualizar a saúde sexual como um direito, é partir do pressuposto do estado de bem-estar social, físico e emocional, de todo e qualquer cidadão.

Contudo, é visto ainda, a negação da sexualidade de pessoas com deficiência, a partir da influência de diversos aspectos sociais, culturais e religiosos, contribuindo ainda mais para a discriminação e preconceito. Tais impactos acabam por comprometer diretamente o entendimento e o acesso a saúde sexual e reprodutiva, sendo tais barreiras compreendidas não somente como físicas, mas também simbólicas e subjetivas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir da análise das experiências, pontuadas nos estudos das pessoas com deficiência, é possível identificar diversas barreiras que são enfrentadas, devido ao preconceito, onde cotidianamente essas pessoas são marginalizadas e infantilizadas, tendo seus direitos negados, como o acesso a saúde sexual e reprodutiva.

Essa negação, se dá muitas das vezes pelo capacitismo, onde o que é colocado em questão, seria a capacidade desses sujeitos, ou seja, seu corpo não seria capaz de produzir e reproduzir desejo, afeto e demais expressões da sexualidade humana.

Portanto, o desafio para o enfrentamento desse estigma, seria superar o preconceito, inserindo o debate na pauta do Sistema Único de Saúde – SUS, pactuando ainda, a formação de profissionais de saúde para além do conhecimento técnico, sendo essencial transformar a cultura, atitudes e gestos desses profissionais, que em muitas vezes, reforçam tais barreiras, que impactam na qualidade do atendimento em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Costa LS *et al.* Direitos e saúde sexual das pessoas com deficiência. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. I seminário nacional de saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- (3) Gomes JCA. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. *Rev Direito GV*. 2021;17(3):e2136.
- (4) Maia ACB. Sexualidade e deficiências. São Paulo: UNESP; 2006.

ENTRE GERAÇÕES: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES EM AÇÕES EXTENSIONISTA COM IDOSOS

Moema Guimarães Motta¹

Célia Sequeiros da Silva

Elizabeth Falcão Clarkson

Juliana Gonçalves Ribeiro

Rayene Jacinto de Freitas

Lohayne de Araújo Martinusso

Vanessa Brenda de Sousa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As estimulações multissensoriais e cognitivas têm sido apontadas como um caminho exitoso para promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, pois o envelhecimento favorece aumento das situações que envolvem privação sensorial (1-7). Interessou-nos verificar o impacto da proposta de intervenção terapêutica de estimulação multissensorial Snoezlen (EMS) para as pessoas idosas frequentadoras da Casa Convívio dos Anawin. A EMS surgiu nos anos 70 na Holanda a partir da construção de uma sala equipada com diferentes materiais. O ambiente incita os sentidos, recorrendo apenas às capacidades sensoriais dos indivíduos. Este processo terapêutico é denominado integração sensorial que é a capacidade de sentir, compreender, organizar informações sensoriais de nosso corpo e ambiente para estimular a plasticidade neural, melhorar o desempenho e buscar a consequente integração dos idosos ao espaço de convívio social.

A Casa Convívio dos Anawin, nosso campo de ação, é uma instituição filantrópica, funciona no horário comercial e atende 30 idosos não residentes, sendo que 70% dos participantes contam mais de oitenta anos de idade. Um contexto favorável para sensibilização de graduandos sobre questões referentes à saúde do idoso, foco deste relato.

OBJETIVO

Verificar o impacto das oficinas de estimulação sensorial, oferecidas aos idosos da Casa Convívio dos Anawin, para os graduandos participantes da ação extensionista.

METODOLOGIA

Obtidas as autorizações necessárias para a ação, realizamos a avaliação inicial do perfil sensorial dos participantes da pesquisa através da Escala de Perfil Sensorial (EPS)(7). Aliado ao rastreio da atual condição cognitiva dos mesmos a partir do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a avaliação do perfil de independência funcional no autocuidado, mobilidade, locomoção e eliminação através Índice

de Barthes. Atualmente iniciamos a sequência de oficinas multissensoriais semanais oferecidas aos participantes da pesquisa, Associadas aos registros das atividades em um diário de campo, utilizado na construção de categorias de análises elaboradas no percurso do trabalho desenvolvido. Ao final de 4 meses, repetiremos as testagens individuais iniciais para avaliarmos os resultados obtidos. Nossa proposta trata-se de uma pesquisa-intervenção(8). Assim, admitimos a interferência na relação pesquisador/objeto pesquisado como condição própria às pesquisas sociais e condição que favorece a construção do conhecimento. Apesar de não concluído, merece destaque os efeitos da ação para os alunos, participantes ativos da equipe desde o início do projeto, objeto do nosso relato.

RESULTADOS

Desenvolvido por equipe multidisciplinar, a ação extensionista conta com duas médicas, uma terapeuta ocupacional e seis graduandos distribuídos nos cursos de enfermagem e medicina. No espaço de avaliação prevista a cada etapa da pesquisa tem se destacado o impacto da ação na formação desses futuros profissionais de saúde, vide trechos de anotações no diário de campo.

“Antes do projeto, minha visão sobre o envelhecimento era totalmente limitada e associada a fragilidades e perdas. Todavia, foi possível compreender que o envelhecimento pode ser um processo saudável, ativo e cheio de significados, podendo sim ser associado a perdas, mas também sendo rico em superação, singularidade e força”. (Graduanda de enfermagem)

“ Além de beneficiar os idosos, percebemos que essa experiência enriquece significativamente a formação profissional de cada integrante da equipe, proporcionando uma aprendizagem mútua com os longevos”. (Graduanda de enfermagem)

“Enquanto um conviva sorri com a percepção de um objeto de pano, que lembra sua história, outro comemora a colagem do mural, em conjunto, da nossa oficina sensorial. Um trabalho em equipe e ambas as mentes trabalham” (Graduanda de medicina)

“Hoje eu vejo os idosos ao meu redor e me vem logo um sorriso. Agora acho que eu tenho mais bagagem para saber o que fazer e como lidar com as mudanças (...)E em uma equipe tão diversa, unindo a medicina, a enfermagem e a terapia ocupacional em um combo de energia e motivação ” (Graduanda de medicina)

“Cada semestre na extensão é único(...) uma nova e rica oportunidade para aprender, compartilhar e vivenciar”. (Graduanda de enfermagem)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O envelhecimento mundial da população é um fato reconhecido por diferentes agências internacionais e motivou a Assembleia Geral das Nações Unidas a declarar a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, na esperança de provocar a sociedade no sentido de repensar o papel do idoso na sociedade e investir em ações direcionadas para um envelhecimento ativo, integrado à sociedade. A

temática, entretanto, tem pouco espaço nas grades curriculares das graduações em saúde. A participação dos graduandos na ação extensionista favorece a aproximação do aluno às demandas desta parte da população, que corresponde a maior parte do público atendido na rede de saúde. Acompanhar o interesse dos alunos ao longo do processo tem sido gratificante. Junto ao entusiasmo pela pesquisa acadêmica, constatamos crescer o cuidado diferenciado e a valorização da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- (1) Degani M, Ribeiro VL, Soares Chariglione IPF. Estimulação da memória através de circuito multissensorial: um relato de experiência. *Estud. interdiscip. envelhec.* 2023; 28. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/94418>.
- (2) Motta MG, Fileme B. Oficina de memória sensorial com idosos: relato de experiência. *EntreAções*. 2021;1(2):107-18. Disponível em: <http://periodicos.ufca.edu.br/ojs/index.php/entreacoes/article/view/559>.
- (3) Kallio EL, Öhman H, Hietanen M, Soini H, Strandberg TE, Kautiainen H, Pitkälä KH. Effects of Cognitive Training on Cognition and Quality of Life of Older Persons with Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(4):664-670. doi: 10.1111/jgs.15196.
- (4) Morando EMG, Schmitt JC, Ferreira MEC. Treino de memória em idosos saudáveis: uma revisão da literatura. *Rev Infad Psicologia*. 2018:293-310. Disponível em <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1136/1129>.
- (5) Machado BM. Estimulação multissensorial no tratamento de idosos com demência [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. doi:10.11606/D.82.2019.de-03052019-165151.
- (6) Martins MAN. Utilidade Instantânea e Recordada da Abordagem Snoezelen em Idosos Institucionalizados e Modelos Cognitivos de Eficácia em Cuidadores [tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2015.
- (7) Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol Ciênc Profissão*. 2003;23(4):64-73. doi: 10.1590/S1414-98932003000400010.

ENTRE RETROCESSOS E REINVENÇÕES: O TRABALHO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL COMO PRÁTICA DE CUIDADO E RESISTÊNCIA

Maria Luiza Lopes da Conceição¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil promoveu avanços no cuidado em liberdade, mas enfrenta retrocessos com o desfinanciamento das políticas públicas e a desarticulação intersetorial (1). Nesse cenário, o trabalho da assistente social em hospitais é atravessado por desafios éticos, institucionais e políticos.

Este relato traz a experiência de uma assistente social diante de processos de longa internação de pacientes em Hospital Geral com leito de saúde mental. As trajetórias desses usuários evidenciam o esvaziamento da rede socioassistencial, com situações de vínculos familiares frágeis e ausência de suporte efetivo. As articulações com a família revelam-se insuficientes, revelando o esvaziamento de acompanhamento territorial. As responsáveis familiares geralmente são mulheres, sem condições materiais e com pouco vínculo afetivo com os pacientes. Nesse contexto é comum a expressarem o “cansaço” diante de uma responsabilidade solitária e sem apoio.

O relato convida à reflexão sobre o Serviço Social na saúde mental como prática de cuidado e resistência frente ao abandono institucional. Com escuta qualificada, articulação em rede e defesa de uma alta segura, a profissional reafirma os princípios da Reforma, mesmo em meio à precarização.

OBJETIVO

Analisar os entraves do trabalho em rede frente ao rompimento da lógica hospitalocêntrica em saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência fundamentado na prática profissional em um hospital com leito de Saúde mental no Espírito Santo. A análise baseia-se em registros, relatórios e encaminhamentos institucionais, observações diretas e articulações realizadas com os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da política de assistência social. O estudo ancora-se nos princípios do projeto ético-político do Serviço Social e na legislação que orienta a atenção psicossocial. Adota-se uma abordagem crítico-reflexiva, com base na diferenciação entre a experiência próxima e a distante, conforme propõe Geertz (2).

Os casos foram analisados à luz da literatura crítica sobre saúde mental, com ênfase na articulação intersetorial, na centralidade do território e na garantia de direitos. A proposta metodológica busca

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: mluizalopeseso@gmail.com.

contribuir para a construção de estratégias de enfrentamento às violações de direitos no campo da saúde mental.

RESULTADOS

As internações dos usuários ocorreram por meio do Sistema de Regulação, com frequente ausência de informações ou relatórios sociais prévios. Inicialmente essas internações são previstas como de curta duração, prolongando-se diante da ausência de respostas da rede. Três aspectos principais foram identificados:

1. Fragmentação das informações: não há uma organização centralizada dos dados dos pacientes. Sendo necessário contatar equipamentos diferentes — hospital anterior de internação, CRAS, CREAS, serviço de abordagem a pessoas em situação de rua, CAPS e acolhimento institucional, por exemplo. Esse trabalho evidencia a desarticulação dos serviços e contribui para a formação de “usuários perdidos na rede” (3).

2. Distanciamento territorial: o hospital de internação localiza-se muitas vezes fora do território de origem do paciente, dificultando as articulações com a rede local e o contato com a família. A regionalização do cuidado deve ser elemento central da atenção em saúde mental (4).

3. Desresponsabilização pelo cuidado: Os relatórios analisados revelaram uma lógica de encaminhamento em detrimento do acompanhamento contínuo (5). Identificou-se a ausência de corresponsabilização entre os serviços da rede.

O relato demonstra a desarticulação institucional e intersetorial. O cenário de fragilização das políticas públicas (1) dificultando a construção de um plano de alta. A permanência hospitalar, em desacordo com a legislação vigente, compromete o princípio do cuidado em Liberdade (6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência revela o tensionamento constante entre os princípios da atenção psicossocial e o desmonte das políticas públicas, ressaltando o Serviço Social como espaço de resistência ética e crítica, comprometido com a dignidade humana. Não se trata de responsabilizar individualmente profissionais ou equipamentos, considerando a intensa precarização das condições de trabalho na saúde mental.

A experiência analisada evidencia os efeitos do desmonte das políticas públicas na vida de sujeitos em sofrimento psíquico e vulnerabilidade extrema. Ao mesmo tempo, reforça a centralidade do Serviço Social como agente de resistência, sustentado em fundamentos éticos (7). Em contextos adversos, o trabalho da assistente social reafirma o compromisso com a Reforma Psiquiátrica, operando como prática de escuta, denúncia e reinvenção cotidiana. Torna-se urgente o fortalecimento de serviços de base territorial e o investimento em políticas intersetoriais que assegurem o cuidado integral e a proteção social.

REFERÊNCIAS

- (1) Delgado PGG. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: avanços e desafios. *Cad Bras Saúde Ment.* 2019;11(28):1–14.
- (2) Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis: Vozes; 2004.
- (3) Conceição MLL. Teias de cuidado: desvendando a intersectorialidade e itinerários terapêuticos na RAPS [Dissertação]. Niterói: UFF; 2024.
- (4) Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* 2015;24(2):438-446.
- (5) Bellini MIB, Faler CSF, organizadoras. Intersectorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2014.
- (6) 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.* 2001 abr 9.
- (7) Barroco ML. Fundamentos éticos do Serviço Social. *In:* Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.* 2009.

ESTRATÉGIA DE PROTEÇÃO PATENTÁRIA DE MEDICAMENTOS CONTENDO SEMAGLUTIDA E ENTRAVES PARA O ACESSO

Ana Claudia Dias de Oliveira¹

Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A semaglutida é um análogo de GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1), hormônio que regula os níveis de glicose no sangue e promove a sensação de saciedade, razões pelas quais tem sido prescritos medicamentos para controle da diabetes tipo 2 e para obesidade.

Os medicamentos que contêm semaglutida diferem em suas indicações terapêuticas, formas de administração e dosagens. O Ozempic é um medicamento administrado na forma de injeção subcutânea semanal, com indicação terapêutica para tratamento de diabetes tipo 2 e com dosagens menores em relação aos demais. O Wegovy, também administrado na forma de injeção subcutânea semanal, é indicado para o tratamento de obesidade e controle de peso em pacientes com IMC elevado, por isso sua dosagem mais elevada que o Ozempic. O Rybelsius também é indicado para tratamento da diabetes tipo 2, porém é a primeira versão da semaglutida em comprimidos orais e diários.

Estes medicamentos, até o momento, estão protegidos por patentes de titularidade da empresa Novo Nordisk e garantem 20 anos de exclusividade, contados das respectivas datas de depósito, o que garante um retorno do investimento com pesquisa e desenvolvimento. Entretanto, estratégias de proteção patentária em bloco comumente realizadas por indústrias farmacêuticas atrasam a entrada de genéricos e similares e, consequentemente, atrasam o acesso.

OBJETIVO

Foi realizado um estudo sobre a proteção patentária dos três medicamentos contendo semaglutida registrados pela Novo Nordisk com as marcas comerciais Ozempic, Wegovy e Rybelsius. O estudo teve como objetivos a compreensão das estratégias de proteção patentária dos três medicamentos e a identificação de entraves e oportunidades para as indústrias de genéricos e similares.

METODOLOGIA

Foi realizada uma busca de patentes dos três medicamentos no Federal Drug Administration (FDA) (1). A busca foi realizada utilizando o nome da marca comercial. Após a identificação das patentes norte-americanas, foi realizada uma busca das patentes brasileiras correspondentes. Com as patentes brasileiras correspondentes, foi realizada uma busca na base de patentes do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) para identificar o trâmite administrativo no Brasil (2).

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: anaclaudia_dias@hotmail.com

Foi realizada uma busca no sistema de consultas da ANVISA para identificar os locais e etapas de fabricação de cada medicamento (3).

RESULTADOS

A produção industrial de medicamentos com semaglutida requer conhecimento de tecnologia e inovação. A semaglutida é um peptídeo sintético, produzido por reações químicas que unem aminoácidos, utilizando grupos protetores para controlar a formação da cadeia peptídica. Após a síntese, a cadeia peptídica é modificada para aumentar a sua estabilidade e atividade biológica e depois é separada para obter um alto nível de pureza e garantir a segurança e eficácia do medicamento. O peptídeo purificado é então formulado em uma solução ou comprimido, para obter o medicamento injetável ou a versão oral.

Os três medicamentos contêm patentes vigentes no Brasil. O Ozempic será o primeiro a estar livre para desenvolvimento e comercialização, em 2026. O Rybelsius ainda continua protegido até 2031 por duas patentes que protegem composição, processo e uso. O Wegovy será o último a ficar livre, uma vez que tem dois pedidos de patente em exame reivindicando composição, uso, formulação aquosa, dispositivo e combinação de dose fixa. Se as patentes forem concedidas serão válidas até 2038 e 2041. Enquanto houver patentes vigentes, a indústria nacional não poderá comercializar genéricos e similares para as mesmas indicações terapêuticas, o que poderá atrasar a concorrência e, conseqüentemente, a redução de custos para os pacientes e para o SUS.

A busca realizada na área de consulta da ANVISA mostra que as etapas produtivas dos medicamentos contendo semaglutida são realizadas na Dinamarca, Estados Unidos, Bélgica e Portugal, evidenciando a origem dos insumos utilizados. Esse é outro entrave para a produção dos genéricos e similares no Brasil. Apesar disso, algumas empresas nacionais estão trabalhando para lançar seus produtos quando os medicamentos de referência estiverem livres de proteção.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Como a semaglutida imita o hormônio GLP-1 natural do corpo, ela é capaz de estimular a secreção de insulina pelo pâncreas, reduzir a secreção de glucagon ajudando a evitar a produção excessiva de glicose pelo fígado, retardar o esvaziamento gástrico promovendo maior saciedade e atuar no sistema nervoso central reduzindo a fome e aumentando a saciedade. Ou seja, não há diferenças significativas no mecanismo de ação dos três medicamentos, uma vez que todos agem promovendo controle glicêmico, perda de peso e benefícios metabólicos. As dosagens e formas de administração que foram adaptadas a cada medicamento para finalidades específicas ou para vias preferenciais de aplicação.

Mesmo sendo três medicamentos com o mesmo princípio ativo e com o mesmo mecanismo de ação, a proteção patentária obtida pela empresa com os respectivos blocos de patentes poderá ser de até 37 anos, tendo em vista que o primeiro pedido foi depositado em 2004 e a última patente, se concedida, será válida até 2041.

REFERÊNCIAS

- (1) United States. Food & Drug Administration [acesso 10 dezembro 2024]. Disponível em: <https://www.fda.gov/>.
- (2) Instituto Nacional de Propriedade Industrial. PePI: pesquisa em propriedade industrial [acesso 20 dezembro 2024]. Disponível em: <https://busca.inpi.gov.br/pePI/>.
- (3) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema de consultas. 2021 [acesso 10 dezembro 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/sistemas/sistema-de-consultas>.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E ASSISTÊNCIA A PUÉRPERA, NEONATO E FAMÍLIAS MIGRANTES EM UMA MATERNIDADE NO RIO DE JANEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raisa Silva dos Santos¹

Cristiane Batista Andrade

Corina Helena Figueira Mendes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Migração é considerada como um movimento populacional que compreende qualquer deslocamento de pessoas independente da duração, da composição, do status regulatório, que ocorre por múltiplas causas, como a busca por oportunidades de emprego; a ocorrência de crises econômicas, sociais e políticas; as catástrofes ambientais e as guerras(1).

Com a crescente do fluxo migratório de mulheres, é de suma importância a reflexão sobre as questões de saúde deste público, principalmente de saúde sexual e reprodutiva, como o planejamento reprodutivo e assistência ao pré-natal, parto e nascimento. Ao afirmar que a saúde é um direito de todos, portanto universal, a Constituição Federal de 1988 assegura que este direito fundamental se estenda de forma inequívoca a todas as pessoas dentro do território brasileiro, inclusive à pessoa migrante(2).

No que concerne às vulnerabilidades de mulheres migrantes durante a gestação, o parto e o nascimento, salientam-se as relacionadas à comunicação e à compreensão do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionadas às diferenças de idiomas e culturas que podem existir entre quem cuida e quem é cuidado. Desse modo é de suma importância a reflexão sobre assistência em saúde e as estratégias que favoreçam a comunicação com este público, entendendo que deve ser considerada também a rede de relações comunitárias e familiares(3).

OBJETIVO

Este trabalho objetiva relatar às estratégias de comunicação utilizadas e observadas por uma residente de enfermagem neonatal na assistência de saúde de puérperas, neonatos e famílias migrantes em uma maternidade do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência a partir das vivências de uma enfermeira neonatal durante a residência em Enfermagem Neonatal, em uma maternidade localizada no Rio de Janeiro. Neste trabalho apresentamos reflexões sobre atendimentos a puérperas, neonatos e famílias do que denominamos migrantes considerando o que foi narrado por eles e não seus status migratórios frente a legislação

1 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/ FIOCRUZ.
E-mail: enf.raisadossantos@gmail.com

brasileira. O período considerado foi entre março de 2022 e fevereiro de 2024, sendo os espaços institucionais o Alojamento Conjunto (AC) e Unidade Neonatal (UN).

O Alojamento conjunto é o setor na instituição de saúde que permite que a mãe e o recém-nascido saudável permaneçam juntos até à alta. Já UN é destinado a recém-nascidos dentro dos primeiros 28 dias de vida que necessitam de cuidados complexos contínuos. Na unidade hospitalar onde ocorreu a experiência relatada, o AC possuía 20 leitos e a UN era composta por 26 leitos, sendo 08 distribuídos para os Cuidados Intermediários Convencional; 14 para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 04 de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru. A assistência a puérperas, recém-nascido e suas famílias era realizado por equipe multidisciplinar

RESULTADOS

Durante a realização do curso de especialização em Enfermagem Neonatal foi possível vivenciar e prestar a assistência as puérperas migrantes, os neonatos e suas famílias, tanto no AC como na UN. A nacionalidade das famílias estrangeiras assistidas foram: russa, espanhola, venezuelana e senegalês. Para a comunicação com este público foram utilizadas algumas estratégias: auxílio do acompanhante conhecedor do português para mediar a interação; comunicação em idiomas que não o português por profissionais com conhecimento de outras línguas, especialmente o inglês; e uso de ferramentas e recursos digitais utilizando aparelho celular.

O uso do tradutor online para a comunicação com as pessoas migrantes foi sem dúvidas a ferramenta mais utilizada, pois em muitas circunstâncias outros métodos não foram viáveis, tanto pela ausência ou insegurança na compreensão de acompanhantes que falassem o português, quanto fragilidade de ter outros profissionais que pudessem traduzir em todos os momentos para outras línguas.

Como enfermeira, no AC a prática profissional foi direcionada a puérperas, bebês e acompanhantes. Os principais cuidados foram referentes ao acolhimento familiar utilizando-se uma escuta ativa, a promoção do bem-estar da mulher e do recém-nascido, o apoio ao aleitamento humano, o banho do recém-nascido, a troca de fraldas e a higiene do coto umbilical.

Já na UN, onde encontravam-se bebês com algum comprometimento de saúde, como malformações, cardiopatias, síndromes e prematuridade, além dos cuidados de rotina já mencionados, outras atividades foram realizadas, como administração de medicamentos, curativos, procedimentos invasivos como inserção de sondas de alimentação e cateteres para infusão de drogas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O acolhimento de migrantes no âmbito da saúde deve levar em consideração a interculturalidade, que envolve diferenças culturais e idiomáticas, sendo necessária escuta ativa voltada para suas especificidades. Deve-se favorecer e garantir o acesso oportuno às tecnologias necessárias para que as/os profissionais ofereçam atenção efetividade às suas demandas de saúde.

O princípio da equidade, que rege o SUS, no convoca para que todas/os sejam atendidas/os de forma singular, levando em consideração a avaliação de determinantes e condicionantes sociais de saúde, vulnerabilização, gravidades e riscos. É de suma importância que a equipe multiprofissional de saúde realize constantemente a identificação dos cuidados que possam ser orientados utilizando a comunicação adequada para o empoderamento das famílias, pois certamente será um facilitador para o manejo dessas atividades quando puérperas e bebês estiverem em seus domicílios. [3]

REFERÊNCIAS

- (1) Herrero AR, Ortiz BG, Carrasco PM. Maternity care through the eyes of Southern European immigrant parents in Norway. *Gaceta Sanitaria*. 2020;36(2):111-117. doi: [10.1016/j.gaceta.2020.11.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.004).
- (2) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- (3) Martin DG, Alejandro SC. Imigração, refúgio e saúde: Perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Soc*. 2018; 27(1). doi: [10.1590/S0104-12902018170870](https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870).

EXPERIÊNCIA DA VACINAÇÃO E DA INTERGERACIONALIDADE: DO CAMBATE A DESINFORMAÇÃO À GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Heloisa Mendes Felipi Coelho¹

Gabriela Silva Garcia

Betânia Calazans França

Isabela Rodrigues Dos Anjos Silva

Yara Mendes Sundermann

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As vacinas são substâncias biológicas que estimulam o sistema imunológico a produzir anticorpos, com o objetivo de prevenir infecções futuras (1). Apesar dos benefícios amplamente reconhecidos, a Organização Mundial da Saúde aponta a hesitação vacinal como uma das dez maiores ameaças à saúde global, associando-a ao avanço dos movimentos antivacinas e à reemergência de doenças imunopreveníveis, ou seja, aquelas cuja prevenção se dá por meio da vacinação, como a poliomielite e a Covid-19 (2).

Nesse cenário, a intergeracionalidade, entendida como a interação entre diferentes gerações, surge como estratégia relevante para o incentivo à vacinação, promovendo a troca de saberes e o enfrentamento da desinformação (3).

Ademais, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pelas Nações Unidas em 2015, têm como propósito garantir o acesso universal à saúde e melhorar a qualidade de vida, com 17 metas focadas na proteção da vida e no bem-estar coletivo até 2030 (4).

Diante disso, este estudo, desenvolvido na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *Campus* Betim, em uma disciplina extensionista do curso de Enfermagem, justifica-se como uma importância estratégica para enfrentar os desafios da baixa adesão vacinal, corroborar para a conscientização da população e o alcançar o ODS 3, voltado à garantia da saúde e do bem-estar de todos.

OBJETIVO

Produzir um documentário que demonstre a importância da relação intergeracional no incentivo à vacinação, por meio da troca de saberes entre pessoas que vivenciaram ou vivenciam as consequências de doenças imunopreveníveis.

1

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: heloisamendesg@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de uma estudo qualitativa, tipo relato de experiência, realizada na disciplina extensionista do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, campus Betim. A proposta visou integrar ensino, pesquisa e extensão, por meio da escuta ativa e análise de vivências intergeracionais sobre poliomielite e Covid-19. Participaram sujeitos de diferentes idades, com vivência direta ou indireta com essas doenças. As entrevistas estruturadas, baseadas em um roteiro elaborado pelos autores, com três questões norteadoras que abordaram experiências, conselhos para as gerações e o papel do diálogo intergeracional na adesão vacinal. A coleta foi presencial, mediante consentimento prévio, através da leitura, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em bases reconhecidas, entre 2021 e 2024. A análise dos dados seguiu Bardin (6), Análise de conteúdo, que compreende as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

RESULTADOS

A produção do documentário impulsionou a elaboração do relato de experiência e a análise de estratégias para incentivar a vacinação e mitigar os movimentos antivacinas. Os depoimentos analisados foram de B. (18 anos), P. (51 anos), M. (70 anos) e G. (87 anos).

A análise dos depoimentos evidenciou que a troca intergeracional promove reconhecimento, reflexão e conscientização. Nesse contexto, dois participantes relataram sequelas da poliomielite, doença viral contagiosa, prevenível por vacina (7), erradicada no Brasil em 1994, mas sob risco de reemergência devido à baixa cobertura vacinal. Ademais, ter acesso a esses relatos possibilita que indivíduos jovens, muitas vezes distante do contato com a doença, compreendam suas consequências e reconheçam a importância da vacinação.

Outrossim, um dos entrevistados relatou a perda do filho para a COVID-19, infecção respiratória causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (8), ocorrida antes da disponibilização da vacina. Embora não impeçam totalmente a infecção, os imunizantes atenuam a gravidade e previnem infecções futuras (9). Na época da pandemia a ampla circulação de notícias falsas contribuiu para o avanço e o fortalecimento do movimento antivacina, potencializando ressurgimento de doenças anteriormente controladas (10).

Um dos participantes de 18 anos, destacou os impactos da pandemia na educação e enfatizou a importância da imunização, ressaltando que as gerações mais jovens podem colaborar no esforço pela vacinação, se espelhando nos mais velhos.

Diante do exposto, a integração social entre gerações impacta positivamente na qualidade de vida e no aprendizado (3), além de contribuir para o alcance do ODS 3. Os relatos evidenciam que a troca de experiências contribui para o enfrentamento do movimento antivacina.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A intergeracionalidade é primordial no incentivo à vacinação, alinhando-se aos ODS, especialmente na promoção da saúde e bem-estar. A vacinação foi destacada como essencial para a saúde, por meio dos relatos de pessoas com diferentes idades, que compartilharam vivências com a poliomielite e a COVID-19.

Contudo, o estudo identificou que a disseminação de informações falsas, fortalece os movimentos antivacinas, compromete as campanhas de vacinação e constitui um problema para a saúde pública brasileira.

Diante disso, ao promover o intercâmbio entre gerações, os relatos reforçam a segurança da vacinação e auxiliam no combate à desinformação, evidenciando seu impacto no controle e na erradicação de doenças. O documentário produzido teve caráter educativo, promovendo memória social e contribuindo para a adesão à vacinação.

REFERÊNCIAS

- (1) Sociedade Brasileira de Imunização. Conceitos importantes. 2024 [acesso 5 março 2025]. Disponível em: <https://familia.sbim.org.br/vacinas/conceitos-importantes>.
- (2) Machado SOL, Heinen LBS, Cardoso BF. Reemergência de doenças infecciosas e movimentos antivacina: Revisão bibliográfica. Repos Digital UNIVARG; 2024 [acesso 5 março 2025]. Disponível em: <https://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/biomedicina/article/view/1942>.
- (3) Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Guia para Implementação de Boas Práticas e Programas Intergeracionais. Brasília, DF: Ministério [...]; 2022 [acesso 15 junho 2024].
- (4) Nações Unidas Brasil. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>.
- (5) Corrêa AMC, Oliveira GS, Oliveira AC. Grupo focal na pesquisa qualitativa: princípios e fundamentos. Rev Prisma. 2021;2(1):34-47, 2021.
- (6) Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Rev Eletrôn Educ. 2012;6(1):383-387.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Poliomielite (paralisia infantil) [acesso 14 junho 2024]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/poliomielite-paralisia-infantil/>.
- (8) Brasil. Ministério da Saúde. Covid 19 [acesso 20 março 2025]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/covid-19-2/>.
- (9) Fernandes J *et al.* Vacinas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
- (10) Santos Júnior CJ *et al.* Hesitação vacinal e a 'pandemia' dos não vacinados: o que fazer para enfrentar a nova "Revolta da Vacina"? 2022;55. doi: 10.20435/multi.v28i69.4009.

EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN CICOP. CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO EN SERVICIOS DE SALUD DE EFECTORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Eslin Cipion¹
Nelson Martínez
Katherine Victorio
Nicole Galan
Emmanuel Jimenez
Penélope Parra
Estefanía Henríquez
Nidia Vargas
José Selig

INTRODUCCIÓN

La respuesta país frente al dengue no depende exclusivamente de la carga epidemiológica, sino que requiere un enfoque integral que combine vigilancia epidemiológica, diagnóstico oportuno, atención clínica y acciones intersectoriales (1). En la República Dominicana, durante el año 2024, se notificaron 10,258 casos sospechosos de dengue, de estos solo 1,282 fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio, lo que representa una tasa de confirmación del 12.5%. Esta cifra contrasta significativamente con el promedio regional de las Américas, donde se confirmaron 6,928,469 de los 12,970,475 casos sospechosos reportados, alcanzando una tasa de confirmación del 53.4% (2). Estas diferencias plantean interrogantes sobre posibles brechas territoriales en el acceso al diagnóstico. Para el análisis del dengue es necesario examinar las condiciones sociales que puedan influir en la capacidad diagnóstica de los sistemas de salud. Para esto el índice de Desarrollo Humano (IDH) que integra indicadores de ingreso, salud y educación, el cuál ha sido ampliamente utilizado para estudiar desigualdades en salud, sería adecuado en el análisis de esta enfermedad (5).

OBJETIVO

Identificar la relación entre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y la proporción de confirmación diagnóstica de casos de dengue a nivel provincial en la República Dominicana en el 2024.

1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. E-mail: eslin.cipion.msp@gmail.com

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, basado en el análisis de registros oficiales de dengue notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de la República Dominicana, correspondientes al período comprendido entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron en este análisis todos los casos notificados que contaron con información válida sobre la provincia de residencia y el resultado final del diagnóstico POR LABORATORIO. Para cada provincia se calculó el número total de casos notificados y el número de casos con prueba diagnóstica realizada, independientemente del resultado de esta. Con base en estos valores, se estimó la proporción de pruebas diagnósticas realizadas, definida como el cociente entre los casos con prueba aplicada y el total de casos reportados, expresado en porcentaje. Adicionalmente, se calculó la tasa de pruebas diagnósticas por cada 100,000 habitantes, utilizando como denominador las proyecciones provinciales de población para el 2024, publicadas por la Oficina Nacional de Estadística (ONE-RD)(6). Como indicador del nivel de desarrollo socioeconómico se empleó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) provincial, correspondiente al año 2022, obtenido del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (7). Las provincias fueron estratificadas en quintiles de IDH, asignando un valor de 1 a 5, donde 1 representa el menor nivel de desarrollo relativo y 5 el más alto. Para evaluar diferencias en la proporción de pruebas diagnósticas entre los quintiles, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. La asociación entre el IDH y la proporción de pruebas fue explorada mediante la correlación de Spearman ejecutando un modelo de regresión lineal para determinar el coeficiente de determinación (R^2). El procesamiento, análisis estadístico y generación de gráficos se llevaron a cabo utilizando Microsoft Excel 365 y Python 3.11.

RESULTADOS

El análisis de los datos provinciales sobre pruebas diagnósticas de dengue realizadas en el 2024 evidenció una marcada variabilidad en la proporción de confirmación diagnóstica a nivel nacional, con valores que oscilaron entre 1.83% y 53.02%. Las provincias con menor quintil de ingreso mostraron mayores proporciones de realización de pruebas en términos de mediana (Q1: 19.4%; RIC: 9.5–39.4%), en contraste con provincias de mayor IDH, que mostraron valores más bajos y menos variables (Q5: 6.7%; RIC: 3.6–15.2%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pruebas entre los quintiles de IDH ($H=3.11$; $p=0.539$). Asimismo, la correlación entre IDH y proporción de pruebas realizadas fue negativa pero no significativa ($\alpha = -0.172$; $p = 0.354$). La regresión lineal simple entre la tasa de pruebas diagnósticas por 100,000 habitantes y el IDH arrojó un coeficiente de determinación bajo ($R^2 = 0.0311$), Esto refleja que el IDH no explica de forma suficiente la variabilidad en el acceso diagnóstico, lo cual sugiere que otros factores operativos o institucionales no capturados por este indicador podrían estar influyendo. Para mejorar la capacidad explicativa, sería necesario incorporar variables relacionadas con la infraestructura sanitaria y la respuesta del sistema de salud. Provincias con más casos notificados, como Santiago y Santo Domingo, concentraron gran parte de los casos nacionales, pero presentaron tasas de pruebas por habitantes relativamente bajas, en contraste con provincias de menor tamaño poblacional como San José de Ocoa o Independencia, que registraron tasas de confirmación superiores al 50% en términos proporcionales.

CONSIDERACIONES

Contrario a lo que se podría anticipar, los resultados de este estudio sugieren que un mayor nivel de desarrollo humano no se traduce necesariamente en una mayor capacidad de confirmación diagnóstica de dengue a nivel provincial. Lejos de observar un patrón progresivo, se identificaron territorios con menor IDH que reportaron proporciones más elevadas de pruebas diagnósticas aplicadas, mientras que provincias con indicadores de desarrollo más altos presentaron niveles comparativamente más bajos. Este hallazgo desafía la suposición de que un entorno más desarrollado garantiza automáticamente mejores condiciones para el acceso al diagnóstico, y evidencia la presencia de otros factores que podrían estar modulando la respuesta del sistema de vigilancia y diagnóstico, como la priorización institucional, estrategias nacionales de prevención y control, las dinámicas de reporte, las capacidades de respuesta local o la división territorial de los servicios de salud. La ausencia de una asociación clara también pone en relieve posibles inequidades no visibles a través de indicadores promedio como el IDH, y subraya la importancia de incorporar enfoques multivariantes que consideren aspectos como la geografía sanitaria, los flujos de atención, la estructura de la red laboratorial y los determinantes operacionales de la vigilancia. Estos hallazgos abren una para orientar estrategias de fortalecimiento que reconozcan la complejidad territorial del sistema de salud.

REFERENCIAS

- (1) PAHO. Integrated management strategy for arboviral disease prevention and control in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2020 [acceso 12 marzo 2025]. Disponible em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52492/9789275120491_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- (2) OPS. Situación epidemiológica del dengue en las Américas (Internet). Washington, DC: OPS; 2025. Disponible em: https://ais.paho.org/ArboPortal/AME_DENG_Situation_Report_SP_2024.asp.
- (3) OPS. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57803/9789275327562_spa.pdf?sequence=4.
- (4) OPS. Indicadores de salud: aspectos conceptuales y prácticos. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf.
- (5) Gallego-Munuera M, Colomé-Hidalgo M. Letalidad por dengue y desigualdades en la Región de las Américas entre 2014 y 2023. Rev Panam Salud Pública. 2024 (acceso 11 abril 2025);48:e139. Doi: [10.26633/RPSP.2024.139](https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.139).
- (6) Oficina Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Volumen I: Características generales de la población y la vivienda [Internet]. Santo Domingo: ONE; 2012 [acceso 11 abril 2025]. Disponible em: https://censo2010.one.gob.do/volumenes_censo_2010/vol1.pdf.
- (7) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Tendencias del Desarrollo Humano en República Dominicana 2010–2022. Santo Domingo: PNUD; 2024 [acceso 11 abril 2025]. Disponible em: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-03/idh_pnud.pdf

EXPERIÊNCIAS DE USO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) PARA HIV POR MULHERES CISCÊNERO E TRANSGÊNERO

Catarina Valentim Vieira da Motta¹

Ivia Maksud

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O HIV/Aids é considerado um grande problema de saúde desproporcionalmente pública mulheres e afeta ciscênero e transgênero em diversos lugares do mundo(1). No início da epidemia o termo “doença dos “5H” – “homossexuais, heroinômanos (usuários de heroína injetável), hemofílicos, haitianos e hookers (trabalhadores do sexo)” foi utilizado para caracterizar a Aids, gerando dessa forma um panorama social embasado em uma sexualidade (homossexual), um viés de raça/etnia (negritude e latinidade) e um gênero (masculino)(2). Nos anos 90 começou a ser relatado um crescimento de casos de HIV/Aids entre as mulheres, sendo denominado de tendência de “feminização” da epidemia de HIV(1). A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) consiste na utilização de antirretrovirais (ARV), utilizados para prevenir uma possível infecção pelo vírus HIV e tem sido considerada uma estratégia fundamental no âmbito da “prevenção combinada”(3). Segundo os dados do painel de monitoramento da PrEP no Brasil (BRASIL, janeiro, 2025) existem 113,302 usuários em uso da PrEP até o momento, sendo apenas 5,9% desse quantitativo de mulheres ciscênero e 2,8% de mulheres transgênero. Entre a população feminina, o nível de descontinuidade do método de prevenção foi alto, sendo 56% nas mulheres ciscênero e 40% nas mulheres transgênero(4).

OBJETIVO

Esta comunicação objetiva compreender as experiências de uso da Profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV por mulheres ciscênero e transgênero a partir da literatura, como primeira etapa de um projeto de pesquisa, em curso.

METODOLOGIA

Com o objetivo de mapear as discussões sobre as experiências de uso da Profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV por mulheres ciscênero e transgênero, realizamos em 2024 uma revisão de artigos publicados entre 2014 e 2024 nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), Scielo e [Oasis.br](https://oasis.br). Foram utilizados os descritores “PrEP” AND “Mulheres”; “HIV” AND “PrEP” AND “Mulheres”. Foram utilizados como filtros os idiomas português e inglês. Os critérios de exclusão foram: artigos que abordavam somente o gênero masculino; artigos que abordavam somente os efeitos e/ou funcionamento dos fármacos. Foram encontrados, inicialmente, 1.855 artigos, sendo

¹ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. E-mail: catarinamotta.uerj@gmail.com

493 excluídos por estarem duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos mais 1.332 artigos, restando 30 artigos. Destes, após a leitura na íntegra, foram selecionados para inclusão 19 artigos.

RESULTADOS

Dos 19 artigos encontrados, somente 5 foram realizados no Brasil, sendo grande parte dos estudos realizados nos Estados Unidos, além de outros países como África do Sul, Malawi, Peru, China e Índia. A maioria dos estudos eram centrados nos homens que fazem sexo com homens (HSH), revelando escassez de estudos voltados às mulheres cisgênero em uso da PrEP. Outra parte considerável dos estudos abordava mulheres transgênero. Uma das temáticas mais presentes foi a baixa adesão ao uso da PrEP por mulheres, bem como suas motivações. Também foram abordadas questões como o conhecimento e disposição de usar esse método pelas mulheres. Diversos artigos que falavam sobre as mulheres trans mencionaram dificuldades e desafios relacionados principalmente ao estigma e à discriminação, além disso, a sub-representação desse grupo nos estudos também esteve como pauta. Os resultados evidenciam que no Brasil ainda existem poucos estudos que abordam a utilização da PrEP por mulheres (cis e trans). A interação e articulação entre marcadores sociais da diferença como gênero, raça, classe, sexualidade, entre outras, podem trazer efeitos na produção e reprodução das desigualdades em saúde. A vulnerabilidade das mulheres é multifatorial, envolvendo diversos aspectos que se interseccionam e exacerbam o risco à infecção pelo HIV. As mulheres enfrentam frequentemente barreiras no acesso à educação, recursos econômicos e serviços de saúde. A violência de gênero, sexual e doméstica também é um fator que aumenta a suscetibilidade das mulheres ao HIV, pois elas encontram dificuldades para negociar o uso de preservativos (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Pretendemos com essa pesquisa contribuir para os estudos realizados no Brasil, ainda escassos, e de forma mais específica, contribuir para o entendimento das experiências de uso da PrEP por mulheres cis e trans, discutindo como os fatores de raça, classe, gênero e sexualidade estão influenciando na prevenção do HIV/Aids para as mulheres. Além disso, ao lado de outras pesquisas, pretendemos contribuir com o Sistema Único de Saúde (SUS), visando entender os obstáculos enfrentados pelas mulheres na utilização da PrEP, objetivando a melhoria no atendimento e na adesão das mulheres a esse método de prevenção.

REFERÊNCIAS

- (1) Kolling AF, Oliveira SF, Merchan-hamann E. Fatores associados ao conhecimento e utilização de estratégias de prevenção do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(8):3053–64. Doi: 10.1590/1413 81232021268.17502020.
- (2) Cazeiro F, Leite JF, Costa AJ. Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à aids. *Physis.* 2013;33:e33024. Doi: 10.1590/s0103- 7331202333024.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia PréExposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Painel de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Brasília, DF: MS; 2025.;
- (5) Carvalho J. Ausência e Invisibilidade:O Uso da PrEP entre Mulheres Cis na Rede de Saúde de Fortaleza [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024.

EXPOSIÇÃO CHEGADAS E PARTIDAS - DIGNIDADE AO PARIR, DIGNIDADE AO PARTIR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DE DIREITOS HUMANOS NO ESTADO DO AMAZONAS

Heloísa Maria Martins Pérez¹

Polyana Peixoto Pinheiro

Ana Cecília Dolzany Araújo

Maria Leila Fabar dos Santos

MunIQUE Therense Costa de Moraes Pontes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal propõe atenção à saúde durante essas etapas na perspectiva dos direitos de cidadania, opondo-se ao paradigma hegemônico hospitalocêntrico e medicalizante.

Os índices de mortalidade materna cresceram no Brasil a partir de 2020, expondo as fragilidades de acesso à saúde para meninas e mulheres, as desigualdades nas condições de vida na habitação, trabalho, renda e educação, um cenário que se agrava no Amazonas [1].

Considerando a equidade, princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que assegura acesso e cuidado em saúde tendo em vista as singularidades em que as pessoas nascem, vivem e envelhecem, a “Exposição Chegadas e Partidas: Dignidade ao Parir, Dignidade ao Partir” é um projeto necessário pela urgência da inserção da universidade na agenda nacional a questões relacionadas à saúde materna e sua articulação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas.

Promovido por docentes e discentes da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e pela Liga Acadêmica de Humanização da Assistência em Saúde do Amazonas (LAHAS), iniciou-se em agosto de 2023 e atualmente é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEAM), propondo-se a divulgar informações sobre assistência em saúde pautada na humanização dos processos de nascer e morrer.

OBJETIVO

Apresentar um relato de experiência sobre uma educação em saúde desenvolvida em formato de exposição de elementos relacionados às práticas afirmativas de assistência ao parto humanizado e à humanização do processo de morte a partir dos cuidados paliativos pautados na dignidade humana, no enfrentamento da violência obstétrica e na busca pela redução da mortalidade materna no estado do Amazonas.

1 Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: heloisamartinsperez@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de extensão de educação em saúde a partir de uma exposição sobre parto humanizado e humanização do processo de morte. A exposição é interativa, com atividades para diferentes faixas etárias e segmentos em três áreas: *lúdica*, educação ao parto e morte usando atividades de psicomotricidade e jogos; *científica*, banners de estudos científicos e projeção de documentários; *educativo-cultural*, fotos e utensílios de ações afirmativas em saúde, palestras em mini palcos e rodas de conversa.

Compõe-se de atividades de *pré-produção* (confeção de materiais gráficos; formação de monitores; produção de material de divulgação), *produção* (montagem e desmontagem das áreas interativas e organização das áreas acessíveis mediadas pelos monitores; divulgação da programação pela UEA e parceiros; confecção de *QR Code* com formulário de avaliação pelos participantes), *pós-produção* (elaboração de portfólio fotográfico para as instituições componentes do Comitê de Combate e Enfrentamento à Violência Obstétrica e pesquisa científica).

RESULTADOS

No primeiro ciclo do projeto que ocorreu entre outubro de 2023 e julho de 2024 em Manaus (AM), a Exposição foi apresentada sete vezes, em ambientes e contextos distintos como universidades, centro comunitário, shopping e parque ambiental, alcançando mais de mil visitantes, entre crianças, pessoas jovens, adultas e idosas.

O segundo ciclo ocorreu em novembro de 2024 com uma participação importante e significativa em Tabatinga (AM), cidade localizada na tríplice fronteira (Brasil, Colômbia e Peru) e considerada um dos municípios com elevado índice de mortalidade materna e violência contra meninas e mulheres no estado. Contou-se com toda a colaboração de docentes e discentes (monitores) da UEA de Tabatinga, além de apoio e parcerias de outras instituições e movimentos sociais para promoção de oficinas, rodas de conversa, monitoria dos espaços da exposição e divulgação de folders informativos sobre as temáticas.

Dessa forma, a Exposição está caminhando para a realização de seu terceiro ciclo em 2025 e continua cumprindo seu propósito de promover educação em saúde, envolvendo outras instituições e movimentos sociais para sensibilizar e engajar profissionais da saúde, operadores do direito, pacientes, gestantes, estudantes e a sociedade em geral, promovendo uma discussão aberta e construtiva sobre esses temas fundamentais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Exposição atua para contribuir com os ODS na Agenda 2030, fortalecendo o ensino-pesquisa-extensão e o impacto social da universidade, articulando com instituições e movimentos sociais para promover a troca de conhecimentos, experiências e boas práticas à comunidade. Aborda a desigualdade no acesso à saúde materna e paliativa, destacando a importância do acesso universal

e equitativo, além de influenciar na formulação de políticas públicas no enfrentamento das causas evitáveis de mortalidade materna no Amazonas através de discussões e recomendações que surgem dos eventos.

A educação em saúde ajudará profissionais a implantar boas práticas de assistência ao parto e à morte promovendo o cuidado pautado na dignidade humana, expandindo as informações à população.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira IVG *et al.* Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciênc Saúde Colet.* 2023;29(10):e05012023. doi: 10.1590/1413-812320242910.05012023.

FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS DO SONO EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE POPULACIONAL

Adriano Almeida Souza¹

Sabrina da Silva Caires

Paulo da Fonseca Valença Neto

Claudio Bispo de Almeida

Ícaro José Santos Ribeiro

Lucas dos Santos

Mateus Cardoso Oliveira

Cezar Augusto Casotti

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O sono é um estado fisiológico essencial para os seres humanos, com fases relacionadas à quantidade e qualidade do sono, especialmente quando realizado de forma contínua (1). Uma boa quantidade e qualidade de sono formam a arquitetura necessária para restaurar o indivíduo, promovendo uma melhor qualidade de vida e saúde mental (2). Estudos indicam que pessoas idosas são as mais afetadas por problemas na arquitetura do sono, devido às mudanças provocadas pelo envelhecimento, somadas a fatores associados, o que interfere na saúde geral e se torna um alerta para a saúde pública(3).

A etiologia dos distúrbios do sono é multifatorial, frequentemente associada ao estresse excessivo, ansiedade e depressão(2). Em pessoas idosas, a prevalência de problemas de sono varia entre 30% e 60%(4). Os fatores associados nessa população são dores crônicas, depressão e má qualidade de vida(5), baixo nível de escolaridade e a obesidade(4).

Diante do crescimento da população idosa no Brasil, surge uma demanda crescente por serviços de saúde e avanços epidemiológicos que investiguem formas de melhorar a qualidade de vida, com avaliações e intervenções específicas para as condições de saúde das pessoas idosas(6).

OBJETIVO

Analisar a prevalência e os fatores associados aos distúrbios do sono em pessoas idosas residentes em um município de pequeno porte do Nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico transversal, realizado com pessoas idosas com 60 anos ou mais, residentes na zona urbana de um município de pequeno porte populacional (CAAE nº 10786212.30000.0055).

1

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: cacasotti@uesb.edu.br

Foram incluídos no estudo pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos; não institucionalizado e excluídas os com déficit cognitivo, com doenças neurológicas, problemas auditivos e acamados.

A coleta de dados foi conduzida em duas etapas: Entrevista no domicílio para obter informações socioeconômicas, comportamentais e relacionadas às condições de saúde da população; e Mensurações antropométricas.

As variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, situação conjugal, renda, uso de tabaco, uso de álcool, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dores na coluna, obesidade abdominal, presença de sintomas depressivos, e o nível de atividade física e a dependente foi distúrbios do sono.

Na análise dos dados foram calculadas frequências relativas e absolutas, médias e desvios padrão. Na análise inferencial, foram construídos modelos brutos (bivariados) por meio do teste Qui-quadrado de Pearson (X^2). Variáveis com “valor de p” menor ou igual a 10% nas análises brutas foram selecionadas para análise multivariada, a qual foi condizida por meio da Regressão de Poisson, com estimador robusto. Desta forma, foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%. Na modelagem foi adotado o método passo atrás. Foram considerados como fatores associados as variáveis independentes que apresentaram “valor de p” menor ou igual a 5% ($\alpha = 5\%$). As análises dos dados foram realizadas no *Statistical Package for Social Sciences* (IBM-SPSS 21.0, 2013, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Concordaram participar do estudo 232 pessoas, das quais 58,60% eram do sexo feminino; 82,30% possuíam idade de 60 a 79 anos; 86,60% referiram renda menor ou igual a um salário mínimo e 53,90% eram insuficientemente ativas. A prevalência de distúrbios do sono foi de 24,60% (homens: 15,16%; mulheres: 30,09%),

As variáveis sexo; situação conjugal, nível de atividade física, dores na coluna, obesidade abdominal e sintomas depressivos demonstram “valor de p” $\leq 0,10$. Após os ajustes realizados na análise múltipla, foram retiradas do modelo as variáveis independentes que não mantiveram o critério estatístico estabelecido ($p \leq 10\%$). Assim, foi identificado que o sexo feminino (RP: 2,03; IC95%: 1,20-3,44); o nível de atividade física insuficiente (RP: 1,79; IC95%: 1,08-2,97); dores na coluna (RP: 1,14; IC95%: 1,14-3,30) e os sintomas depressivos (RP: 1,68; IC95%: 1,06-2,66) foram os fatores que estiveram positivamente associados aos distúrbios do sono na população de estudo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As evidências elencadas mostraram que o sexo feminino, o nível de atividade física insuficiente, as dores na coluna e os sintomas depressivos foram fatores independentemente associados aos distúrbios do sono, aumentando a probabilidade de ocorrência desses distúrbios na população estudada.

Sendo assim, esta pesquisa demonstra a necessidade de uma atenção direcionada aos distúrbios do sono, especialmente aos seus fatores associados, considerando os impactos negativos para a saúde das pessoas idosas. Por isso, a capacitação dos profissionais de saúde em relação aos efeitos e fatores associados aos distúrbios do sono em pessoas idosas é imprescindível para a construção de estratégias eficazes de promoção e prevenção da saúde, a fim de garantir e potencializar o bem-estar dessa população.

REFERÊNCIAS

- (1) Guiesi PHM *et al.* Sono, estresse e envelhecimento: uma revisão narrativa. *Brazilian Applied Science Review*. 2022;6(5):14202-14210. Doi: 10.34115/basrv6n5-013.
- (2) Pereira MSC *et al.* Qualidade do sono dos idosos da Associação dos Metalúrgicos aposentados e pensionistas de Ipatinga, Minas Gerais. *Rev Kairós: Gerontologia*. 2018; 21(4), 209-231.
- (3) Iroldi GF *et al.* Associações entre estresse, sintomas depressivos e insônia em idosos. *J bras psiquiatr*.
- (4) Santana CAA, Peron Carballo F. Sleep quality in elderly people with chronic pain: an integrative literature review. *RSD*. 2023;12(6):e29912642144.
- (5) Silva TS *et al.* Prevalência de risco de síndrome da apneia obstrutiva do sono e fatores associados. *J Health Biol Sciences*. 2022;10(1):1-7. Doi:10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.4268.p1-7.2022.
- (6) Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc saúde colet*. 2018;23:1929-1936.

IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patricia Heras Viñas¹

Camila Soares Ribeiro

Brenda de Sales Reis

Flavio Veiga do Pilar Cobra

Katlin Darlen Maia

Keith Bullia da Fonseca simas

Raquel Wilker

Rodrigo Prado

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A negligência do cuidado odontológico da população privada de liberdade não é acidental, mas um modelo de justiça punitiva e excludente, que nega aos privados de liberdade sua condição de sujeitos de direitos(1). A inserção de Equipes de Saúde Bucal no âmbito das equipes de atenção básica prisional, prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade em 2014, representa um avanço importante, ainda que insuficiente frente à demanda e à complexidade dos cuidados necessários(2). Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal para ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil(3). No Rio de Janeiro, o programa Carioca Rindo à Toa já iniciava esforços para promover a universalidade e integralidade nesse cuidado(4). Saúde bucal é considerada parte essencial da saúde geral, conforme a OMS, e deve ser abordada considerando os determinantes sociais que geram desigualdades(5). No contexto da saúde bucal renda, escolaridade, ocupação, raça/cor e território estão fortemente associados a desfechos com maior prevalência de cárie dentária, doenças periodontais, perda dentária precoce e menor uso de serviços odontológicos(6). Por fim, garantir o acesso a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade sob a ótica da equidade, não apenas melhora a saúde, mas também contribui para a reintegração social desses sujeitos(7).

OBJETIVO

Apresentar os progressos feitos ao longo do tempo na atenção à saúde bucal dos privados de liberdade no município do Rio de Janeiro, assim como os desafios enfrentados, para que lições aprendidas possam ser utilizadas em futuras políticas e práticas.

1 E-mail: patriciaherasvinas@gmail.com

METODOLOGIA

Este relato de experiência foi desenvolvido a partir de uma análise documental, complementada por uma revisão bibliográfica de dados de domínio público. A pesquisa envolveu a revisão de documentos oficiais, relatórios de saúde e políticas públicas relacionadas à saúde bucal nas prisões, com o objetivo de compreender o contexto histórico e as diretrizes implementadas. Como os dados utilizados são de domínio público e não identificam os participantes, a pesquisa não exige submissão ao comitê de ética.

RESULTADOS

Entre 2022 e 2024, o número de equipes de Atenção Primária Prisional no município do Rio de Janeiro foi ampliado de 4 para 22, possibilitando atendimento ambulatorial regular em todas as 29 unidades prisionais da cidade(8). A equipe de Atenção Primária Prisional é composta por, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 cirurgião dentista e 1 técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal, além de uma equipe formada por psicólogo e psiquiatra(9). Elas atuam diretamente nos ambulatórios instalados dentro dos presídios, garantindo atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30. A atuação do cirurgião-dentista vai além da clínica, envolvendo também a educação em saúde e o mapeamento de necessidades específicas da população carcerária. Os procedimentos odontológicos incluem desde intervenções simples, como restaurações, limpezas e extrações dentárias, até procedimentos mais complexos, como biópsias de lesões suspeitas na cavidade oral e remoção de corpos estranhos, como projéteis de arma de fogo. A oferta de próteses dentárias pelas equipes é um aspecto crucial da saúde bucal dos pacientes privados de liberdade, pois espera-se que ao sair do cárcere a reintegração à sociedade seja célere, nesse contexto foi realizada a contratação de laboratórios de prótese dentária para suprir as demandas dessa população. O processo de cadastramento de novos pacientes é conduzida em conjunto com outros profissionais da equipe de saúde compondo uma abordagem multidisciplinar e interprofissional que visa o acolhimento integral do novo custodiado. A equipe prisional participa constantemente de qualificações promovidas pelo município, momento rico de troca de saberes entre as equipes de atenção primária.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência do Rio de Janeiro se destaca como um exemplo bem-sucedido de articulação entre as esferas municipal, estadual e federal, demonstrando como a cooperação entre diferentes níveis de governo é essencial para a implementação eficaz de políticas de saúde no contexto prisional. A implementação da saúde bucal nas Equipes de Atenção Primária Prisional representa um avanço expressivo na promoção da saúde e dos direitos humanos no sistema prisional. Experiências como a do município demonstram que é possível ofertar cuidado qualificado e contínuo, mesmo em contextos de vulnerabilidade. Contudo, para garantir a consolidação dessa política, é necessário investir em estrutura, qualificação profissional e integração entre os setores de saúde e justiça. O fortalecimento da saúde bucal nas prisões contribui para a efetivação do SUS como sistema universal, equânime e integral, ampliando a cidadania e a dignidade das pessoas privadas de liberdade.

REFERÊNCIAS

- (1) Guerra S, Emerique LMB. O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. Rev Faculdade Direito Campos 2006; 9:379-97.
- (2) Silva C, Lima JP, Martins MF, Oliveira LLA, Souza TF. Condições bucais de privados de liberdade em um município do sudoeste goiano. Braz J Dev. 2022;8(3):17965-78.
- (3) Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde Debate 2009; 33(81):64-71.
- (4) Lopes MGM, Silva LCR, Mendonça L, Araújo JS. Política Carioca Rindo à Toa e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola. 2007.
- (5) Vieira JM, Casotti E. Inequidades sociais no acesso aos serviços odontológicos no Brasil: uma revisão integrativa. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(5):1401-1410.
- (6) Barbosa IFNS, Mayer LS, do Nascimento AMV. Lesões orais em populações carcerárias: Uma revisão de literatura. 2023. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/2699>
- (7) Pucca GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7.
- (8) Prefeitura Rio de Janeiro. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- (9) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

(IN)DIGNIDADE MENSTRUAL EM DEBATE: REFLEXÕES PROPORCIONADAS PELO ELOSS/PROSS

Maria Caroline da Silva Nascimento¹

Viviane de Queiroz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A dignidade menstrual está relacionada a fatores políticos, sociais, econômicos e ideoculturais, sendo uma das pautas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) elencados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse conceito está diretamente relacionado à pobreza menstrual, que, por sua vez, diz respeito não só à precariedade de insumos para conter o fluxo menstrual (por exemplo, absorventes descartáveis), como, também, ao acesso (ou não acesso) ao saneamento básico.

Apesar de existirem dados alarmantes em âmbito mundial acerca desta problemática, o Brasil ainda carece de dados concretos sobre esta dura realidade (1), que afeta, sobremaneira, as que pessoas que menstruam e encontram-se em situação de vulnerabilidade social: seja por não possuírem uma moradia, seja por terem alguma deficiência, seja por serem pessoas transmasculinas ou não-binárias, seja por estarem inseridas no sistema carcerário.

O presente ensaio toma-se como base os estudos e discussões realizadas pela equipe do Espaço Livre de Orientação em Sexualidade e Saúde (ELOSS) e no Programa de Orientação em Sexualidade, Prevenção de IST/Aids e Distribuição de Preservativos (PROSS), projetos de extensão vinculados ao Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). As ações extensionistas são voltadas para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, possibilitando orientações individuais e/ou coletivas e têm por objetivo a democratização do acesso de adolescentes e jovens às informações e orientações sobre saúde e sexualidades.

OBJETIVO

Investigar a problemática da dignidade e da pobreza menstrual, evidenciando como a falta de acesso a insumos e condições de higiene adequadas afeta de forma desigual pessoas em situação de vulnerabilidade, crianças e adolescentes. Ademais, busca-se identificar as determinações sociais desse processo, bem como as diretrizes para a promoção da equidade e garantia dos direitos básicos de saúde e dignidade.

METODOLOGIA

O ELOSS e o PROSS são projetos pioneiros do NESA/UERJ e atuam em conjunto desde a década de 1990, realizando atividades educativas voltadas para a democratização do acesso a informações

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: mariacaroline.seso@gmail.com

no que diz respeito a desmistificação das seguintes temáticas: gêneros, sexualidades, deficiências, saúde sexual e reprodutiva, dentre outras, tendo como horizonte a forma que estas temáticas se expressam no modo de produção capitalista.

Para tanto, uma das ferramentas utilizadas é a construção de grupos de estudos que possibilitem contribuir para a formação profissional de jovens estudantes de graduação e pós-graduação, assim como fomentar o debate com equipe dos projetos, visando a elaboração e execução de oficinas e grupos com adolescentes em jovens acerca da perspectiva da promoção e do acesso à saúde integral.

Sob essa esteira, uma das temáticas abordadas trata-se da pobreza e da dignidade menstrual, sendo esta uma problemática social que vai além do aspecto biológico do ciclo menstrual, evidenciando a intersecção entre gênero, pobreza e exclusão social. Todavia, quando falamos na categoria “pobreza” e “exclusão social”, deve-se ter em mente que essas desigualdades possuem raízes históricas, no qual o legado do período escravista e o racismo estrutural na formação social brasileira. Esses fatores historicamente construídos fazem com que a população negra seja, em geral, mais vulnerável às diversas formas de exclusão social e econômica (2).

Além de afetar desproporcionalmente pessoas com deficiência e pessoas negras—ou seja, pretas e pardas, tamanha desigualdade assola, sobretudo, pessoas de gênero dissidente à cisheteronormatividade—pessoas transmasculinas e não-binárias que menstruam. Ademais, crianças e adolescentes, em especial, enfrentam barreiras que comprometem não apenas sua saúde física e mental, mas também seu acesso à educação e ao pleno exercício da cidadania.

Não obstante, a menstruação é uma condição fisiológica natural que, apesar de sua universalidade, frequentemente se vê envolta em estigmas e negligências institucionais. A pobreza menstrual – caracterizada pela falta de acesso a produtos de higiene e condições adequadas para o manejo do ciclo menstrual – destaca uma problemática que afeta diretamente a dignidade humana, evidenciando desigualdades sociais profundas, especialmente entre pessoas em situação de vulnerabilidade, crianças e adolescentes.

Acerca deste último grupo, a falta de condições para uma higiene adequada pode comprometer não apenas a saúde física, mas também a autoestima e a inserção social. O estigma associado à menstruação, aliado à carência de recursos e suporte, pode levar ao abandono escolar e ao isolamento social, perpetuando um ciclo de vulnerabilidade e desigualdade que se estende por toda a vida (3).

Mais do que a ausência de itens essenciais, a pobreza menstrual reflete a precariedade no acesso a serviços básicos de saúde, educação e infraestrutura. Em muitos contextos, a falta de políticas públicas efetivas e a perpetuação de preconceitos em torno do tema reforçam barreiras que limitam a participação plena na sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante desse cenário, torna-se urgente a implementação de políticas públicas que promovam a equidade e garantam o acesso a insumos e infraestrutura necessários. Medidas como a distribuição gratuita de absorventes, a inclusão de programas educativos que desmistifiquem a menstruação e investimentos em infraestrutura adequada são essenciais para romper com o ciclo da exclusão. A articulação entre governos, sociedade civil e setor privado é fundamental para transformar essa realidade, assegurando que a menstruação não seja mais um empecilho à dignidade e ao desenvolvimento pessoal.

Em suma, a problemática da pobreza menstrual transcende o aspecto biológico para se configurar como uma questão de direitos humanos e justiça social. Ao enfrentar as determinações que perpetuam as desigualdades, é possível construir caminhos para uma sociedade mais inclusiva, justa e igualitária, na qual o acesso à dignidade e aos recursos essenciais seja um direito garantido a todos, todas e todes.

REFERÊNCIAS

- (1) Assad BF. Políticas públicas acerca da pobreza menstrual e sua contribuição para o combate à desigualdade de gênero. *Revista Antinomias*. 2021;2(1):140–60. Disponível em: <https://antinomias.com.br/index.php/revista/article/view/21>
- (2) Nascimento MCS. Implementação da política nacional de saúde integral da população negra em um serviço terciário do SUS: uma análise a partir da experiência de estágio (trabalho de conclusão de curso). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Bacharel em Serviço Social; 2023.
- (3) Reyes GB, Silva DRQ, Jung HS. Reflexões sobre a pobreza menstrual de estudantes na educação básica brasileira. 2023;11(21):40–60. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/Ambivalencias/article/view/19220>

INIQUIDADES NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: REFLEXÕES NO PET-SAÚDE EQUIDADE

Ana Karen Sudério Campos da Silva¹

Ana Elisa Dias Gomes Vizella

Caroline Barbosa Novais

Caroline Merendes de Araujo

Julia de Paula Brando

Lara Petra Ribeiro Furtado

Marcio Willian Narciso Junior

Victoria Boim Pereira

Wisley Araujo de Lima Almeida

Taís Fontoura de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil, amparado pela Constituição Federal Brasileira, garante o acesso à saúde de forma plena e isonômica a todos os indivíduos, sendo um direito social básico e fundamental (1). Dessa forma, o princípio da equidade, enquanto uma adaptação da norma geral a situações específicas vivenciadas por cada indivíduo assistido pelo Sistema Único de Saúde, vem como uma ferramenta para estabelecer o cumprimento e a adaptação desse direito constitucional a cada realidade(2). As iniquidades da gestação no Brasil são influenciadas por diversos fatores sociais, principalmente raciais e econômicos, manifestando-se em dinâmicas de privilégio e opressão(3). A eficiência do SUS depende da capilaridade das unidades de saúde, da integração com serviços sociais e da participação popular(4). Assim, é notório que a aplicação do direito à saúde na prática, perante os profissionais de saúde e os usuários, enfrenta diversos problemas, sendo estruturais e institucionais(5). Isto exige ações que reduzam as iniquidades, considerando a participação coletiva e os determinantes sociais de cada região(6). Frente a essa demanda de melhoria contínua do SUS, o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), incentiva práticas voltadas à mitigação das desigualdades e à melhoria da assistência prestada a cada grupo populacional, a partir de suas necessidades específicas.

OBJETIVO

Relatar a experiência dos primeiros meses de ação do subgrupo “Estratégias e atividades de educação em saúde no ciclo gravídico puerperal” no PET-Saúde Equidade.

1 E-mail: a.karencs@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de discentes dos cursos de Medicina, Nutrição e Enfermagem da UFRJ-Macaé e Direito da UFF-Macaé, integrantes do PET-Saúde Equidade, ao vivenciarem as atividades em unidades de saúde da Atenção Básica do município de Macaé no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2024.

RESULTADOS

Durante o período de ambientação nas unidades de saúde, foi possível acompanhar consultas ginecológicas, de pré-natal e de puerpério, nas quais foram observadas diversas situações que ratificaram a negligência e a invisibilização da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Notou-se um número significativo de adolescentes grávidas, sem conhecimento adequado sobre saúde sexual—métodos contraceptivos, prevenção, reinfecção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) principalmente a sífilis—e direitos reprodutivos. Foram relatados casos de violação de direitos, como a não realização de laqueadura, um método contraceptivo definitivo regulamentado juridicamente, mesmo perante ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Lei nº

9.263, de 12 de janeiro de 1996. Ainda nessa fase, foram ouvidas histórias e necessidades das pacientes e dos profissionais da unidade, o que impactou profundamente na formação dos discentes, revelando desigualdades e injustiças presentes na assistência à saúde. Foram identificadas demandas, como a necessidade de qualificação do atendimento por meio de educação permanente nos temas: “Saúde sexual e reprodutiva da população LGBTQIAPN+”, “Métodos contraceptivos” e “Prevenção de ISTs”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Observaram-se, portanto, iniquidades como a desinformação sobre saúde sexual, a dificuldade de acesso a contraceptivos e negação da autonomia reprodutiva, prejudicando o direito à saúde. A vivência dos discentes gerou indignação diante da negligência e violação dos direitos reprodutivos das mulheres e reforça a urgência de um cuidado mais humano e equitativo na saúde sexual. Após a análise crítica de fatores que divergem dos princípios do SUS, ações de educação em saúde serão realizadas, como a produção de materiais educativos para a sensibilização dos profissionais nos temas demandados, além de ações de educação em saúde na comunidade para prevenção de sífilis, principalmente gestacional e congênita. Assim, é necessário atuar de forma constante e eficiente para enfrentar as demandas encontradas nos Serviços de Saúde, garantindo a articulação ensino-serviço-comunidade e a devida aplicabilidade dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.
- (2) Barros FPC, Souza MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc.* 2016;25(1):9-18. doi:10.1590/S0104-12902016146195.
- (3) Santos LKR, Oliveira F, Bastos JL. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. *Physis.* 2024;34:e34004. doi: 10.1590/S0103-7331202434004pt.
- (4) Gomes L, Almeida M, Ferreira R. A estratégia de saúde da família e a inclusão social: um estudo de caso em Macaé. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(3):e00012317.
- (5) Barroso LR. O direito à saúde no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista de Direito Público.* 2020;17(2):45-68.
- (6) Marmot M. A lacuna da saúde: o desafio de um mundo desigual. Londres: Bloomsbury Publishing; 2015.

JORNADAS DE GERONTOLIZACIÓN A FUNCIONARIOS DE UN HOSPITAL COMUNITARIO EN CHILE

Jaime Rojas Figueroa¹
Constanza Venegas Acevedo

INTRODUCCIÓN

Hoy la mayor parte de la población mundial tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, con un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores (PM), se espera que en 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más (1).

En Chile la situación es similar. En 2030 se proyecta que el número de PM supere los 4 millones 615 mil personas, con un índice de envejecimiento poblacional de 131 PM por cada 100 menores de 15 años (2). Sin embargo, en el país hay escasez de médicos geriatras, la cual se estimó en una brecha de 427 especialistas para el 2022 (3).

Esto pone de manifiesto la necesidad de actualización y mejoramiento de la atención y cuidados de las PM por parte de los servicios de salud (SS), lo cual va más allá de formar nuevos geriatras, sino que también educar a todo el equipo para incorporar conceptos sobre gerontología.

Por ello se propuso realizar una capacitación en atención a PM a todo el equipo de salud del Hospital de Mercedes de Chimbarongo, la que tuvo como propósito que las y los funcionarios adopten conceptos gerontológicos y derribar los “viejísimos” a través de estrategias lúdicas y prácticas, sustentando este conocimiento a través de la Atención Centrada en la Persona (ACP) y la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como una herramienta que puede mejorar la calidad de vida de la PM y de su familia (4).

OBJETIVO

Sistematizar las Jornadas de Gerontolización realizadas en el año 2021 a funcionarios del Hospital de Mercedes de Chimbarongo, en la región de O'Higgins, zona central de Chile.

METODOLOGÍA

Se programó una jornada de educación multidisciplinaria en gerontología de 21 horas pedagógicas distribuidas en 2 días, dirigidas a todo el equipo de salud del Hospital de Mercedes de Chimbarongo, desde el estamento médico hasta los auxiliares de aseo.

Las sesiones fueron impartidas por médico, enfermera, matrona, kinesiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional y los temas abordados fueron: Mitos en PM, Sexualidad en PM, Tipología y expresiones, Deterioro cognitivo y demencia, Estimulación cognitiva, Nutrición en PM,

1 E-mail: jaseigrf@gmail.com

Cuidados en pacientes con dependencia severa, VGI y ACP, EMPAM , Esfera funcional y Estrategias para comenzar el cambio a la ACP.

Todas las sesiones contaron con clases expositivas, espacios participativos de preguntas y discusión, además se realizaron actividades prácticas como Cine Forum y dinámicas de juegos de roles. El curso finaliza con una evaluación escrita que aborda los principales conceptos entregados durante la jornada y certifica su participación en el proceso.

RESULTADOS

La comuna de Chimbarongo está ubicada en la región del Libertador Bernardo O'Higgins, 150 km al sur de Santiago, cuenta con 38.541 habitantes, 40,4% se emplazan en zonas rurales y 15,4% corresponden a PM de 65 años.

El Hospital de Mercedes es un centro de baja complejidad y constituye el principal dispositivo de salud pública de Chimbarongo, cuenta con una población inscrita de 15909 usuarios, de los cuales Y% son PM. Realiza atenciones a pacientes hospitalizados (20 camas), de urgencias y de los programas de APS bajo el modelo de atención familiar y comunitario.

Las jornadas de Gerontolización se realizaron los días 22 y 23 de septiembre del 2021, participaron un total de 187 asistentes, distribuidos en 74 profesionales de la salud, 58 técnicos en salud, 25 administrativos y 30 auxiliares de salud.

Las sesiones expositivas permitieron desmitificar creencias y prejuicios asociados a las PM, las cuales tienen repercusiones e impactan negativamente en la calidad e integralidad de su atención. Dentro de los mitos y viejismos abordados destacan “La demencia senil es normal con la edad”, “Los adultos mayores no tienen vida sexual”, “El adulto mayor es una carga”, entre otros.

Respecto a las actividades prácticas se realiza la dinámica “Ponte en mi lugar”, una instancia en la que los participantes deben simular algún tipo y grado de discapacidad y utilizar ayudas técnicas para completar un circuito con el objetivo de desarrollar la empatía de los funcionarios con las PM con movilidad reducida, tras lo cual se genera un espacio de reflexión colectiva.

Finalmente el 100% de los asistentes realizan la evaluación escrita de manera exitosa aprobando el curso el cual fue evaluado como una contribución positiva a la formación continua por parte de los trabajadores del hospital.

CONSIDERACIONES

Frente al envejecimiento poblacional y la brecha de especialistas geriatras, es crucial realizar instancias de educación a todos los integrantes de los equipos de salud con el fin de gerontolizar la atención, derribar viejismos y prejuicios que los funcionarios de salud reproducen y que afectan la integralidad de los cuidados de las personas mayores.

Las jornadas de gerontolización son una buena práctica que por medio de metodologías

expositivas, participativas y lúdicas, promueven el aprendizaje y la reflexión colectiva por parte de los equipos de salud.

La sistematización de estas experiencias puede contribuir a su replicabilidad y mejora constante para que se vuelvan parte de las capacitaciones regulares de la red sanitaria de Chile y otros países de latinoamérica que enfrentan los desafíos asociados al envejecimiento de la población.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2024. Disponible em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- (2) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Envejecimiento en Chile: Diagnóstico y consulta ciudadana. Santiago de Chile; 2022. Disponible em: https://www.senama.gob.cl/storage/docs/LIBRO_-_Envejecimiento_en_Chile_-_Diagnostico_y_Consulta_Ciudadana_-web.pdf
- (3) Sarmiento L *et al.* Estimación de brechas de geriatras en Chile. ARS medica. 2023;48(1):15-22. Disponible em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-18552023000100015#:~:text=a%20febrero%20del%202022%20existe,589%20geriatras%20a%20nivel%20nacional.
- (4) Hospital de Mercedes Chimbarongo. Jornadas De Gerontología En Nuestro Hospital [Internet]. Chile; 2021 [11 de marzo de 2025]. Disponible em: <https://www.facebook.com/hospitaldemercedeschimbarongo/videos/594178825358695/>

LA MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA: UN ENFOQUE EN LA DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

Isamara Gilminiani Medina Quiroz¹

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM), problemática evitable y multifactorial, que continúa afectando a miles de mujeres en todo el mundo, especialmente en países de ingresos bajos y medios. En América Latina, Nicaragua ha logrado avances en la reducción de la MM en la última década, pero persisten desafíos importantes, particularmente en las zonas rurales y de difícil acceso. Entre los factores que influyen en la MM se reporta la disponibilidad y distribución de los recursos humanos (RHS), esenciales para garantizar el acceso y cobertura en la atención de los servicios.

Este ensayo tiene como objetivo reflexionar sobre la importancia de la disponibilidad y distribución de los RHS sobre la MM. Para ello, se parte de un análisis de la distribución equitativa del personal de salud y los cambios en la MM. Además, se destaca la importancia de enfocar esfuerzos en la disponibilidad y distribución de los RHS, para mejorar la respuesta del sistema de salud a las necesidades de salud materna.

METODOLOGÍA

Se entiende a los RHS como “todas las personas, de distintas profesiones y ocupaciones, que se forman y trabajan para mejorar la salud de la población”(1). Según Campbell (2013), su disponibilidad es el primer eslabón para garantizar la cobertura efectiva de los servicios de salud(2). Sin la *disponibilidad* suficiente y competencias necesarias del personal de salud, no se puede garantizar su distribución equitativa. Esto afecta la aceptabilidad y la calidad de los servicios de atención; y tiene un impacto en los resultados de salud, tales como la mortalidad materna (2,3). Esta situación se agrava en zonas de difícil acceso.

En la región, la formación, retención, distribución y desempeño de los RHS representan desafíos para avanzar hacia la salud universal (4). El 66.7% de los países en la región enfrenta un déficit de RHS, con una densidad de 19.5 médicos y 44.3 enfermeras y parteras (x100mil hab.); que no alcanza las recomendaciones internacionales 20.7 y 70.6 (x100mil hab.) respectivamente(5).

Entonces, la MM representa un indicador de la capacidad de respuesta de un sistema de salud(6,7). En la región, la situación se agrava, principalmente en zonas rurales, con barreras como la distancia geográfica, falta de transporte y costos directos e indirectos de los servicios(8). Según

1 Instituto Nacional de Salud Pública. E-mail: isamara.medina@insp.edu.mx

Thaddeus (1994), la MM se ve exacerbada debido a RHS insuficiente, debido a que no se garantiza la atención oportuna y por ende se incrementa el riesgo de complicaciones y muerte materna (9).

Para 2007, Nicaragua reportó una MM de 125.38 por cada 100mil nacidos vivos(10), con mayor concentración en zonas rurales (11). Los recursos con los que contaba el país incluían 50 casas maternas y una densidad de 0.4 médicos y 1.1 enfermeras (x mil hab.) (12), con la mayoría de RHS concentrados en la capital. En respuesta, en ese mismo año, se implementaron reformas al sistema de salud, entre ellas, el aumento del presupuesto de salud, capacitación del personal y pago de incentivos por trabajar en zonas rurales(13). Y en 2016 se inició la formación de médicos y enfermeras en zonas rurales y estratégicas del país(14).

Reportes recientes (2023) muestran un incremento del 125% en la cantidad de personal médico. La razón de MM se disminuyó a 31.4 por cada 100mil nacidos vivos, que corresponde a una reducción del 75% frente al 2007 (15). Sin embargo, persisten desigualdades significativas en la distribución de los RHS, particularmente en zonas rurales y de difícil acceso: la RACCN y la RACCS. Estas zonas tienen una alta proporción de población indígena y afrodescendiente; y para 2023 ambas zonas sumaron el 53.3% de todos los casos de MM del país, con una densidad de médicos menor a la nacional (7 a 8 por cada 10,000 habitantes) (15).

CONSIDERACIONES

Pese a los esfuerzos, aún quedan desafíos pendientes para mejorar la distribución de RHS:

- Impulsar iniciativas que ofrezcan incentivos económicos, profesionales y personales para atraer y retener a los profesionales de la salud.
- Formación de profesionales de la salud originarios de zonas rurales, con miras a una estancia a largo plazo en sus comunidades.
- Invertir en infraestructura y servicios básicos en las zonas rurales para mejorar las condiciones de vida y trabajo del personal de salud.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Recursos humanos para la salud universal. 2017.
- (2) Campbell J *et al.* A universal truth: No health without a workforce. 2013.
- (3) Campbell J *et al.* Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Health Organ. 2013 Nov 1;91(11):853–63.
- (4) Artaza O *et al.* Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. Rev Panamericana Salud Pública. 2020 Jul 28;44:1.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Política sobre el personal de salud 2030: Fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes.

- (6) Mazza MM, Vallejo CM, González Blanco M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2012;72:233–48.
- (7) Sáenz R, Nigenda G, Gómez-Duarte I, Rojas K, Castro A, Serván-Mori E. Persistent inequities in maternal mortality in Latin America and the Caribbean, 1990–2019. *Int J Equity Health*. 2024 May 10;23(1):96.
- (8) Torres Chávez IA, Ramírez Morán LP, Salcedo Faytong M. Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador. Un estudio de revisión. *Más Vita*. 2020 Dec 2;2(3 Extraord):104–13.
- (9) Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994 Apr;38(8):1091–110.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Perfil de país–Nicaragua. 2024.
- (11) Organización Panamericana de la salud. Tendencia de la razón de mortalidad materna registrada en Nicaragua, según quinquenios.
- (12) Muiser J, Sáenz M del R, Bermúdez JLu. Sistema de salud de Nicaragua. *Salud pública Méx*. 2011;53(2).
- (13) Organización Panamericana de la salud. Perfil de los sistemas de salud, Nicaragua, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.
- (14) UNAN–Managua. Primera generación de médicos, odontólogos y optometristas formados en UNICAM se preparan para el internado rotatorio.
- (15) Nicaragua. Ministerio de Salud. MINSA. Mapa Salud: Nicaragua. 2023.

LIGA ACADÊMICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Heloísa Maria Martins Pérez¹

Polyana Peixoto Pinheiro
Ana Cecília Dolzany Araújo

Maria Leila Fabar dos Santos

Munique Therense Costa de Moraes Pontes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A equidade em saúde é um princípio reconhecido e defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa garantir que todos, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica, tenham acesso a cuidados de saúde adequados e de qualidade. Sua promoção constitui um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange o reconhecimento de determinantes sociais, como as diversas condições de vida, que envolvem aspectos que influenciam de forma direta a saúde (1).

Embora a teoria seja amplamente discutida em documentos internacionais e em políticas públicas, a implementação da equidade no dia a dia dos serviços de saúde esbarra em uma série de obstáculos, como desigualdades econômicas, falhas na infraestrutura, falta de treinamento específico para os (futuros) profissionais, entre outros fatores.

Ao longo da graduação nas áreas da assistência à saúde, somos confrontados com situações que nos provocam refletir sobre o devido acesso aos direitos sociais, equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, ainda mais crucial quando tratamos de populações vulneráveis. É nesse contexto que surge a Liga Acadêmica em Humanização da Assistência à Saúde no Amazonas, motivada por inquietações quanto à formação e atuação profissional diante das necessidades dessas populações. A liga se configura como um campo de experimentação, discussão e compreensão dos problemas em saúde sob a perspectiva da saúde coletiva, promovendo conhecimentos a respeito das populações vulneráveis diante dessas questões inerentes aos profissionais da saúde e tão escassas no processo formativo.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar a Liga Acadêmica em Humanização da Assistência à Saúde no Amazonas (LAHAS-AM) como possibilidade de promoção de direitos sociais e saúde em espaços de cuidado, atuando como fonte de articulação no ensino, pesquisa e extensão dentro do contexto amazônico.

1

Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: heloisamartinsperez@gmail.com

METODOLOGIA

A LAHAS foi fundada no ano de 2021, vinculada a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Iniciativa de 9 alunos da área da saúde, juntamente com a coordenação docente da Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes e Dr. Vinícius Azevedo Machado, ambos em atividade atualmente.

A implementação da liga acadêmica deu-se através do edital anual de extensão universitária; esta se caracteriza por um conjunto de atividades coordenadas por objetivos específicos, de forma sistemática e com prazos definidos, visando o aprimoramento científico-social-cultural-tecnológico(2).

Atualmente, os alunos participam de reuniões quinzenais com duração de 1h30, às segundas-feiras, em salas dentro da ESA, a depender da demanda das atividades pautadas nos três grandes eixos: ensino, pesquisa e extensão. Dentro das modalidades, estão: aulas expositivas; metodologias ativas como rodas de conversa, debates, discussões, dinâmicas em grupos, estudos de casos, simulações; produção e divulgação técnico-científica; organização e produção de eventos técnicos-científicos para a comunidade e atividades práticas nos campos sob preceptoria de profissionais da saúde.

RESULTADOS

Em 2024, no terceiro ciclo da LAHAS, desenvolveram-se atividades sobre a percepção dos alunos e assistidos e a relação saúde-doença.

No eixo de ensino, os ligantes foram responsáveis pelas reuniões científicas, discutindo temas como humanização na odontologia, na saúde da criança e do adolescente e na saúde da mulher; violências; Outubro Rosa, acessibilidade e saúde mental das mulheres ribeirinhas, além da sexualidade na terceira idade. Ocorreram ainda aulas abertas à comunidade com convidados externos, abordando saúde mental do trabalhador, PICS, a parteira na contemporaneidade e interação medicamentosa na prescrição clínica.

No eixo da extensão, realizaram-se práticas de cuidado em situações de violência de gênero no Centro de Atenção Integral à Criança; rodas de conversa na Maternidade Balbina Mestrinho sobre maternidade e nascimento na UCINCa e na Casa de Apoio a mães puérperas. Também houve discussão sobre papéis de gênero em escola estadual, e ações em alusão ao Dia Nacional da Humanização com pacientes da Fundação de Medicina. Os ligantes participaram ainda de atividade de aromaterapia e meditação no Setembro Amarelo. Vinculado à LAHAS está o projeto de extensão “Exposição Chegadas e Partidas: dignidade ao chegar e partir”, que trata temas sobre o início e o fim da vida.

No eixo de pesquisa, foram desenvolvidos três projetos de iniciação científica sobre gestação de alto risco e pré-natal, feminicídio e a exposição, orientados pela Prof. Munique.

A participação na liga mostra contribuição significativa para a formação crítica e humanizada dos estudantes, além de estimular o interesse acadêmico, refletido na inserção de ex-ligantes em programas de pós-graduação em saúde coletiva e como preceptores da liga posteriormente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados mostram a preocupação da LAHAS em fortalecer conhecimentos e habilidades no manejo das relações interpessoais entre profissional e usuário, além do diálogo multiprofissional entre estudantes de diferentes áreas. A liga promove atividades que estimulam a produção de conhecimento em humanização na saúde pública e o desenvolvimento de uma postura ética e acolhedora.

Além disso, contribui para o crescimento psicossocial dos alunos, ao permitir o enfrentamento de situações próximas às da prática profissional. Nesse contexto, a LAHAS tem se mostrado um espaço exitoso para a inserção de graduandos na saúde coletiva, especialmente em instituições onde essa temática é pouco abordada na graduação, sendo tratada apenas na pós-graduação.

Ao promover vivências práticas, reflexões críticas e discussões interdisciplinares, a liga aproxima os estudantes dos princípios do SUS, dos determinantes sociais da saúde e da humanização, fortalecendo seu compromisso com o cuidado integral.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Equidade em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude>.
- (2) Universidade do Estado do Amazonas. Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX). Manual do programa de apoio ao desenvolvimento da extensão universitária (PADEX). Manaus: Universidade do Estado do Amazonas. Disponível em: <https://selecao1.uea.edu.br/xfiles/data/xselecao/19276.pdf>.

MULTIMORBIDADE: ASPECTO IMPORTANTE QUE PODE SER VIVENCIADO NO ADOECIMENTO DA PESSOA IDOSA

Anishanna Polido dos Santos¹

Anna Carolina Cerbino Macedo Nunes

Arlison Bento Vargas

Gabrielle de Jesus Ferreira

Kelwin Farias Martins

Raiza Bonino Falcão Rocha

Raquel Beatriz Neves Oliveira Monteiro

Sérgio Carvalho Porcher Vieira

Stephanie Moura Barbosa

Thais Souza Werneck da Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil resulta em um aumento significativo da população idosa, que de acordo com o estatuto do idoso, são os indivíduos a partir dos 60 anos[1]. No entanto, o envelhecimento saudável varia entre os indivíduos, e nem todas as pessoas idosas têm uma velhice sem problemas de saúde. O envelhecimento natural ou senescência é caracterizado por mudanças físicas, funcionais e psicológicas, que não necessariamente envolvem doenças. Já a senilidade é associada a condições patológicas mais comuns na idade avançada, que podem comprometer a funcionalidade do indivíduo.

Entre as condições encontradas nessa fase da vida, destaca-se a multimorbidade, caracterizada pela presença simultânea de duas ou mais doenças crônicas. Este quadro é um desafio para os profissionais de saúde, já que ele está relacionado a um aumento no risco de morte, redução na qualidade de vida e maior necessidade de cuidados médicos e hospitalares[3]. A paciente W.C.S., de 66 anos, exemplifica esse conceito ao apresentar um quadro de hipertensão, depressão e investigação para Alzheimer. Este estudo visa explorar como essas condições afetam a qualidade de vida da paciente, considerando os fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida que contribuem para a multimorbidade, além de discutir abordagens terapêuticas para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

OBJETIVO

O principal objetivo deste estudo é compreender como a multimorbidade da paciente W.C.S. interage e afeta sua vida diária. Além disso, pretende-se propor estratégias de manejo que possam auxiliar na melhora da qualidade de vida dessa paciente idosa, promovendo sua independência e o bem-estar geral [4].

1 Universidade do Grande Rio. E-mail: carolina.cerbino@gmail.com

METODOLOGIA

A metodologia adotada para este estudo foi um estudo de caso, que incluiu uma análise detalhada do histórico médico de W.C.S., uma consulta médica completa, exames laboratoriais e uma visita domiciliar. Durante o processo, foi realizada uma anamnese cuidadosa, exame físico e a revisão de exames antigos e recentes, além da consulta ao prontuário médico da paciente na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Parque Felicidade, em Duque de Caxias. Os dez autores do estudo, todos acadêmicos de medicina, juntos com a professora orientadora e médica, participaram ativamente da coleta e análise das informações. As estratégias de intervenção foram baseadas nas diretrizes de manejo para idosos com multimorbidade, incluindo a adesão ao tratamento medicamentoso e o suporte psicossocial para melhorar o enfrentamento das condições de saúde [2].

RESULTADOS

A paciente W.C.S., de 66 anos, mora com o marido e a neta em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. Ela procurou atendimento na UBS de Parque Felicidade devido a episódios recorrentes de esquecimento. Durante a consulta, a paciente apresentou exames antigos, relatando também dificuldade em organizar seus documentos médicos e solicitou ao marido que trouxesse os exames mais recentes, já que havia esquecido em casa. A paciente tem histórico de hipertensão e dislipidemia, em uso de Atenolol 25mg e Sinvastatina 20mg. Possui antecedentes familiares de Alzheimer e hipertensão. Também mencionou episódios de perda de memória e humor deprimido, com episódios de desorientação que afetaram seu sono, que dura 3 horas por noite.

Os exames feitos revelaram dislipidemia e baixos níveis de vitamina B12, o que pode estar relacionado ao quadro de esquecimento e depressão. O exame físico mostrou-se normal, exceto por dor no hipocôndrio direito. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) da paciente pontuou 25, considerado normal. Diante disso, foi iniciado tratamento medicamentoso com Mecob 1000mg para reposição de vitamina B12, Escitalopram 10mg para tratar o humor deprimido e Cognon para ajudar no controle do esquecimento. Foi solicitada uma ressonância magnética de crânio para investigar Alzheimer e uma ultrassonografia abdominal devido à dor no hipocôndrio. Para otimizar o tratamento e o cuidado com a paciente, foram adotadas estratégias de apoio, incluindo adesivos para indicar horários de medicação e o envolvimento do marido no plano terapêutico. Além disso, durante uma visita domiciliar, foram entregues itens organizadores para os exames e medicamentos da paciente, com orientações sobre como utilizá-los de forma eficaz. Embora a paciente não tenha estado presente na visita, a neta, que auxilia nos cuidados diários, foi incluída no processo, o que ampliou o suporte familiar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise do caso da paciente W.C.S. demonstrou que a multimorbidade e o impacto do esquecimento e do humor deprimido afetam profundamente a qualidade de vida e a rotina da paciente.

Estratégias de intervenção, como o envolvimento da família no cuidado diário e o uso de recursos materiais para facilitar a organização e o manejo dos medicamentos, mostraram-se eficazes. O cuidado integral, que inclui a abordagem de aspectos médicos, sociais e familiares, é essencial para melhorar a qualidade de vida de idosos com multimorbidade, garantindo que possam viver de forma mais independente e com maior bem-estar.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003. Brasília, DF: Presidência da República; 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Guia de cuidados para a pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf.
- (3) Almeida FA, Oliveira RS, Costa AL. Multimorbidade e a sua relação com o envelhecimento: desafios para a prática médica. Rev Bras Geriatria Gerontol. 2024; 27(1):105-112. doi: 10.1590/1809-9823.2024.0321.
- (4) Santos MC, Ferreira AG, Silva JR. O impacto da depressão na qualidade de vida do idoso: uma revisão da literatura. J Bras Psiqu. 2024;73(3):222-229. doi: 10.1590/0034-8940.2024.1032.

O ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL E A AÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Debora Lopes de Oliveira¹

Claudia Gouveia dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O enfrentamento a questão da erradicação do trabalho infantil é complexa, devido às dimensões políticas, socioeconômicas e culturais que envolvem e determinam a sua continuidade na atualidade, depende de uma ação intersetorial, visto a transversalidade da sua problemática. A construção de uma política efetiva depende da articulação entre as diversas políticas sociais, bem como das instituições que compõem a rede de proteção social e de garantia dos direitos de crianças e adolescentes, incluída aqui a área da saúde.

A relevância desse tema refere-se ao fato da pouca visibilidade dos agravos à saúde decorrentes do trabalho infanto-juvenil, pois suas sequelas aparecem somente na vida adulta, acarretando a subnotificação durante o período da infância. Nesse sentido, as informações disponíveis não retratam a realidade, o que dificulta o planejamento de políticas de saúde que corroborem para a erradicação do trabalho infantil, bem como para a proteção do trabalho do adolescente.

A inserção de crianças e adolescentes precocemente no mundo do trabalho expõe a condição de vulnerabilidade, exploração e desproteção social a que estão submetidos na realidade brasileira, sobretudo aos riscos a que estão sujeitos face os efeitos nocivos dos processos de trabalho sejam eles na indústria, na agricultura, em casa ou na rua. Portanto, entende-se que a questão da erradicação do trabalho infantil é complexa, devido às dimensões políticas, socioeconômicas e culturais que envolvem e determinam a sua continuidade na atualidade.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo discutir as ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde para o enfrentamento ao trabalho infantil partindo da análise do Protocolo para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes em Situação de Trabalho[1], publicado pelo Ministério da Saúde em 2023 e os desafios no âmbito da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT).

METODOLOGIA

Diante da gravidade e complexidade da realidade de crianças e adolescentes em situação de trabalho no Brasil que, conforme já sinalizado, exige a elaboração de ações intersetoriais, o Ministério

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: deboralopes640@gmail.com

da Saúde em consonância com outros setores do governo, vem incorporando em sua agenda a erradicação do trabalho infantil. Dentre as ações previstas encontra-se a inclusão dos acidentes de trabalho ocorridos com crianças e adolescentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos ou privados como evento passível de notificação compulsória, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes (PNAISC), que incluem a determinação das ações de atenção integral, prevenção e vigilância de doenças e agravos de crianças e adolescentes em situação de trabalho.

Destaca-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de participar desse esforço nacional, considerando em especial suas possibilidades em virtude da sua potencialidade decorrente da organização capilar da rede de serviços responsável pela promoção e atenção integral à saúde no território brasileiro.

A problematização do papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento a questão da erradicação do trabalho infantil no Brasil, guarda relação com as sequelas acarretadas pelo trabalho precoce em crianças e adolescentes, um problema que não é novo, que se evidencia, enquanto expressão da questão social, principalmente com o advento da industrialização em meados do século XIX. [2]

A legislação de proteção a crianças e adolescentes é recente, e decorre de um longo processo de luta social. No caso brasileiro é com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos anos de 1990, que institucionaliza uma Política de Proteção Integral de Atendimento a Criança e ao Adolescente. embora tenhamos avançado, na atualidade, no plano jurídico legal, a superação da questão está longe de ocorrer, pois dentre as principais causas de sua existência encontram-se a concentração de renda, a precarização das relações de trabalho, os altos índices de desemprego e falta de política educacional integral, fatores de ordem estrutural. Por outro lado, encontramos, ainda, fatores associados a dimensões de ordem simbólica, cultural e ideológica que naturalizam o trabalho infantil e o dimensionam, por vezes, como uma solução. [1]

Diante das questões expostas destacamos que a erradicação do trabalho infantil depende de uma ação intersetorial, uma construção que depende da articulação entre as políticas sociais, bem como das instituições que compõem a rede de proteção social e de garantia dos direitos de crianças e adolescentes, incluída aqui a área da saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Sistema Único de Saúde tem um papel de extrema relevância na atenção integral à saúde de crianças e adolescentes trabalhadores identificando-os e promovendo ações de educação e saúde no trabalho, estabelecendo a associação entre o trabalho e os problemas de saúde apresentados, realizando ações de vigilância em saúde e atuando de forma articulada com outros setores governamentais e da sociedade na prevenção do trabalho infantil, bem como na erradicação do trabalho infantil perigoso conforme a legislação. Apesar das iniciativas observadas, torna-se necessário o investimento em uma

política intersetorial, que incorpore todos os sujeitos envolvidos no processo desde os gestores ao controle social, bem como os usuários. Só, desta maneira, será possível efetivar e garantir os direitos de crianças e adolescentes, ampliando o âmbito da atuação, unindo forças, integrando ações, articulando conhecimentos.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Atenção Integral à saúde de Crianças e Adolescentes em situação de trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_saude_crianca_adolescente_trabalho.pdf.
- (2) Rizzini I, Pilotti E. A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil. Rio de Janeiro: Cortez; 2008.

O IMPACTO DO TETO DE GASTOS NA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Marina dos Santos Maia Medeiros¹

Karen Sivieri Uliach

Isabela Maria do Amaral da Silva

João Arthur Alves Vasconcelos Monteiro

Guilherme Martins Silva da Cruz

Marco Antônio Meira

Viviane de Melo Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para garantir o direito à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (1). Como um instrumento de acesso universal e gratuito, o SUS tem como um de seus princípios doutrinários a universalidade, que assegura a todos, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica, o direito ao acesso à saúde pública (2,3).

No entanto, desafios financeiros marcam a trajetória do SUS, comprometendo sua capacidade de atender à crescente demanda. Em 2016, a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95), conhecida como Teto de Gastos, estabeleceu o congelamento de investimentos públicos por 20 anos, limitando os recursos destinados à saúde pública (4). Antes da EC 95, o SUS já enfrentava desafios de subfinanciamento, com recursos insuficientes para atender a crescente demanda por serviços de saúde. Porém, a emenda intensificou a crise do SUS, limitando sua capacidade de expansão, agravando a superlotação e dificultando o acesso equitativo aos serviços (3).

Tal medida, ao aprofundar desigualdades e favorecer a privatização do setor, comprometeu a universalização da saúde, prejudicou a ampliação e a melhoria dos serviços prestados pelo SUS (5).

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo analisar os impactos da Emenda Constitucional 95/2016 na universalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito nacional.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão integrativa bibliográfica e documental, visando aprofundar o conhecimento sobre um fenômeno a partir de estudos prévios e informativos governamentais. Esse

1 Universidade do Grande Rio. E-mail: marinasantosmaimedeiros@gmail.com

método permite sintetizar pesquisas publicadas em um único artigo, tornando os resultados mais acessíveis. Para garantir rigor metodológico, a revisão foi conduzida conforme as diretrizes PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO e LILACS, utilizando os termos DeCS/MeSH “teto de gastos”, “SUS” e “universalização”, conectados pelo operador booleano “AND”. Foram incluídos artigos em inglês, espanhol e português, sem restrição metodológica, a partir de 2000.

Inicialmente 24 trabalhos foram selecionados, os quais passaram por três etapas de triagem: remoção de duplicatas, exclusão de estudos não relacionados ao tema e eliminação de artigos com abordagem restrita. Também foram analisados relatórios institucionais e dados governamentais, para avaliar os impactos da EC 95 no financiamento da saúde. Após a triagem, 8 trabalhos foram lidos na íntegra para a redação desta revisão.

RESULTADOS

A Emenda Constitucional nº 95/2016 comprometeu significativamente o financiamento da saúde pública no Brasil, impactando diretamente a universalização do SUS. O congelamento dos investimentos por 20 anos impôs desafios à manutenção e ampliação dos serviços, sobretudo em um cenário de crescente demanda devido ao envelhecimento populacional e à maior incidência de doenças crônicas. Além disso, a restrição orçamentária limitou a capacidade do SUS de responder a emergências sanitárias, como a pandemia de COVID-19 (6,5).

O subfinanciamento decorrente da EC 95 resultou em sobrecarga no atendimento, aumento das filas para consultas e procedimentos e déficit na contratação de profissionais, prejudicando diretamente a qualidade do serviço prestado (4,7). A redução dos investimentos em Atenção Primária afetou programas essenciais, como a Estratégia Saúde da Família e campanhas de vacinação, dificultando ações preventivas e ampliando a vulnerabilidade da população (5,8).

Esse impacto foi ainda mais severo em regiões historicamente carentes, como o Norte e o Nordeste, onde a dependência dos repasses federais é maior (6). Paralelamente, verificou-se um fortalecimento do setor privado, acentuando desigualdades no acesso à saúde e limitando as opções para aqueles que não podem arcar com custos assistenciais (3). A EC 95 evidenciou um conflito entre austeridade fiscal e o princípio da universalidade do SUS, ao restringir recursos para assegurar o direito constitucional à saúde (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Emenda Constitucional nº 95/2016 prejudicou o financiamento do SUS, aprofundando desigualdades no acesso à saúde e os Estados dependentes de recursos públicos foram os mais afetados. Essa restrição orçamentária intensificou a desigualdade, o que exige uma revisão do atual modelo econômico. Compreende-se que a mobilização social será uma ferramenta crucial para a exigência de políticas de financiamento adequada e realmente universal do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.
- (2) Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Amanda Pillar AC. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Jun;23(6):1821-30.
- (3) Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde Debate*. 2019;43(5):58-70. Doi:10.1590/0103-11042019S505.
- (4) Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Estabelece o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 dez. 2016.
- (5) Vilasbôas ALQ *et al*. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. *Saúde Debate*. 2024;48(spe2):e9249. Doi: [10.1590/2358-28982024E29249P](https://doi.org/10.1590/2358-28982024E29249P).
- (6) Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
- (7) Pereira RH, Santos R. Evolução da despesa pública no Brasil: análise de longo prazo e desafios fiscais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2021.
- (8) Mitros VMS *et al*. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. *Saúde Debate*. 2023;47(138):444-61. Doi: [10.1590/2358-28982024E29249P](https://doi.org/10.1590/2358-28982024E29249P).

O PESO DA PALAVRA: PLANEJAMENTO, DESEJO E IMPREVISIBILIDADE DE GESTAÇÕES PALAVRA

Carolina Andrei Fischmann¹

Nathalia Machado Cardoso

Laura Chieppe Moura de Medeiros

Cristiane Silva Cabral

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As altas taxas de gestações imprevistas no Brasil levantam preocupações na literatura e no imaginário social. Assim, termos diversos para categorizar as gestações que “acontecem”—planejada/não planejada, desejada/indesejada, intencional /não intencional, acidental, pretendida/não pretendida—circulam na imprensa, documentos oficiais e na literatura científica. Apesar de tratadas como categorias auto-evidentes e intercambiáveis, não há um conceito claro sobre os seus significados e os instrumentos de medida são heterogêneos.

Evidências internacionais (1,2) indicam que tais categorias não são utilizadas espontaneamente por gestantes para descrever suas gestações. Por outro lado, acadêmicas questionam o quanto as categorias de planejamento e desejo são redutoras da complexidade da experiência da gestação, que nem sempre responde a um controle deliberado da fecundidade.

Uma vez que a linguagem não é neutra, esse trabalho visa discutir as consequências do uso dos termos gravidez não intencional, não planejada e indesejada à luz das teorias de governança reprodutiva (3) e da justiça reprodutiva (4) nas políticas públicas. Com isso, sugerimos a adoção do termo gestação “imprevista”, por estar mais próximo das condições sociais, simbólicas e materiais em que tal fenômeno acontece.

OBJETIVO

O trabalho analisa o uso das categorias de gravidez não intencional, indesejada e não planejada em quatro documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre saúde da mulher. Visamos compreender seus usos, questionar sua equivalência, sua suposta neutralidade e predominância, sob uma análise crítica baseada nas teorias de governança e justiça reprodutiva.

METODOLOGIA

Em primeiro lugar, selecionamos os documentos oficiais do Ministério da Saúde mais relevantes para a saúde da mulher publicados entre 2000 e 2024, resultando primeiro na Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento, com posterior adição do Caderno de Atenção Básica nº 32—pré natal de baixo risco, que é baseado na Rede

1 Universidade de São Paulo. E-mail: carolinafischmann@usp.br

Cegonha. Então, fizemos uma leitura cruzada dos documentos e identificamos os termos utilizados para categorizar as gestações que acontecem: “não desejada/desejada”, “não planejada/planejada” e termos correlatos. Por fim, analisamos como os termos foram utilizados, com quais sentidos e em quais contextos.

Para embasar a discussão, realizamos uma revisão bibliográfica focada em trabalhos que abordam a intencionalidade da gravidez, e o modo como o fenômeno é discutido a partir do referencial teórico da justiça reprodutiva e da governança reprodutiva.

Desta forma, buscamos explicitar como o Estado brasileiro incide sobre os corpos que gestam, além de propor novas perspectivas para compreensão da intencionalidade da gravidez.

RESULTADOS

Há uso predominante de termos relacionados ao desejo e planejamento da gestação, sendo que termos relacionados à imprevisibilidade não foram utilizados. Embora não utilizado nos documentos analisados, o termo “gravidez não intencional” tem ganhado espaço, na compreensão de ser menos estigmatizante, apesar de recair na mesma problemática da dimensão do planejamento e do desejo.

Tanto “desejo” quanto “planejamento” são usados de maneira que reiteram a culpabilização e moralização em torno da pluralidade de situações de gestações que “acontecem”, desconsiderando a possibilidade de ambivalência e/ou indiferença do indivíduo sobre suas intenções reprodutivas e o contexto mais amplo, tais como conjugalidade, família, sexualidade, práticas e representações sociais em torno da contracepção e da reprodução. Ademais, quando a dimensão do desejo é invocada, há uma responsabilização exclusiva da pessoa gestante, a naturalização da maternidade e a instituição de hierarquias reprodutivas. Em relação ao planejamento, há limitações conceituais importantes, já que ele deriva de estudos com participantes principalmente no pós-parto, mas não após o aborto, desconsiderando possíveis processos de assimilação e aceitação da gestação, além de ser um termo usado por mulheres com múltiplos privilégios, remetendo a uma idealização do planejamento que não representa a situação da maioria dos engravidamentos (1,2).

A partir da proposta de Bajos e colegas (5), sugerimos o termo “imprevista”, pois ele implica que uma gestação pode ocorrer por diversos motivos, retira a dimensão de responsabilização individual feminina e possibilita que uma gestação imprevista se torne desejada ou indesejada dependendo do contexto

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A falta de homogeneidade e clareza da conceituação das gestações imprevistas é um problema para o desenho de políticas públicas que visam fortalecer a autonomia reprodutiva e a distribuição de métodos contraceptivos. Geralmente é feita uma associação direta entre gestação imprevista e uma falta de perícia contraceptiva da mulher (sempre tomada como mulher cis), num total reducionismo

da gestão contraceptiva/reprodutiva. Do ponto de vista do discurso público, o uso dos termos gestação “não desejada” e “não planejada” reforçam hierarquias reprodutivas, e a estigmatização de pessoas grávidas que não correspondem ao modelo ideal de família (hetero-cis-patriarcal). Importantes medidas sociais para a saúde de gestantes e crianças, como o direito ao aborto e medidas de seguridade social para suporte às maternidades (como creches e “licença-reprodutiva”) são desconsideradas/preteridas frente a prioridade de promover oferta seletiva e estratificada de contracepção.

REFERÊNCIAS

- (1) Barrett G, Wellings K. What is a ‘planned’ pregnancy? empirical data from a British study. *Soc Sci Med.* agosto de 2002;55(4):545–57.
- (2) Borrero S, Nikolajski C, Steinberg JR, Freedman L, Akers AY, Ibrahim S, et al. “It just happens”: a qualitative study exploring low-income women’s perspectives on pregnancy intention and planning. *Contraception.* fevereiro de 2015;91(2):150–6.
- (3) Morgan LM, Roberts EFS. Reproductive governance in Latin America. *Anthropol Med.* 2012;19(2):241–54.
- (4) Roberts D. Reproductive Justice, Not Just Rights. *Dissent.* setembro de 2015;62(4):79–82.
- (5) Bajos N, Ferrand M, Turki R, Neuwirth L, Bove C, Hassoun D. De la contraception à l’avortement : sociologie des grossesses non prévues [Internet]. 2002 [citado 8 de abril de 2025]. Disponível em: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=14317362>

O PESO DO ENVELHECIMENTO: NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS QUE VIVEM EM CONTEXTOS RURAIS, BRASIL, 2011 A 2022

Luciane Stochero¹

Jaqueline Arboit

Marta Cocco da Costa

Emiliana Cristina Melo

Liana Wernersbach Pinto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em 2003, o Estatuto do Idoso estabeleceu que casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos(as) deveriam ser notificados compulsoriamente pelos serviços de saúde (públicos ou privados) [1]. De acordo com a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, as formas de violência contra pessoas idosas incluem: violência física, psicológica, sexual, abandono, negligência, violência financeira e autonegligência. A negligência, tanto doméstica quanto institucional, é uma das formas mais comuns de violência contra idosos, muitas vezes acompanhada de outras agressões [2]. Quando se aborda a violência contra mulheres idosas, é essencial compreender que essa problemática está intimamente atrelada a questões de gênero. As mulheres jovens e adultas já estão expostas cotidianamente a diversas formas de violência e, ao envelhecer, as idosas podem enfrentar uma dupla vulnerabilidade, devido tanto ao gênero quanto à idade. Somado a isso, o contexto rural pode agravar essa vulnerabilidade s em virtude do isolamento e barreiras geográficas que limitam o acesso a serviços de proteção, apoio, cuidados específicos para sua idade e comprometem a convivência social. Inclusive, as mulheres rurais têm mais dificuldade de acesso à previdência social, o que prejudica sua independência econômica [3,4].

OBJETIVO

Analisar as notificações de violências contra as mulheres rurais idosas no Brasil no período de 2011 a 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Foram eleitos os casos de mulheres idosas, com 60 anos ou mais, residentes na zona rural de todas as Unidades Federativas do Brasil, no período de 2011 a 2022. Foi realizada uma análise descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas da população em estudo, bem como das características dos eventos de violência. O estudo foi aprovado

1 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: luciane.stochero@gmail.com

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Norte do Paraná, em 31 de julho de 2024, sob o parecer n. 6.977.026. Para as análises, utilizou-se o programa R, versão 4.3.3.

RESULTADOS

Foram notificados 9.771 casos de violência contra mulheres idosas rurais no Brasil entre 2011 e 2022. A maioria das vítimas pertencia à faixa etária de 60 a 69 anos (48,0%), seguida por aquelas entre 70 e 79 anos (30,6%) e 80 anos ou mais (21,4%). Quanto ao nível educacional, 57,1% das idosas não possuíam instrução ou tinham o ensino fundamental incompleto. A maioria era casada (39,2%), seguida pelas viúvas (28,7%), solteiras (11,0%) e separadas (4,7%). Os dados sobre raça/cor indicam que a maior parte era preta/parda (50,1%), seguida pelas brancas (40,8%), as indígenas (4,4%) e as asiáticas (0,6%). Em relação à presença de deficiências/transtornos, 14,6% das idosas vítimas declararam possuir alguma condição. Entre os mais frequentes estavam: deficiência física (4,6%), transtornos mentais (4,4%) e deficiência mental (2,8%). Sobre as formas de violência, destacam-se a física (57,1%), psicológica (34,9%) e negligência (28,9%). Outras formas de violência incluem as lesões autoprovocadas (10,6%), violência financeira (8,8%), tortura (4,8%) e violência sexual (4,5%). Em 44,1% dos casos, a violência foi recorrente. Em relação aos meios de agressão, destacam-se a força corporal/espandimento (43,8%) e a ameaça (20,4%). As mulheres idosas rurais sofreram violência, principalmente, na própria residência (86,5%). No que diz respeito ao vínculo entre a vítima e o(a) agressor(a), destacam-se: filho(a) (36,1%), parceiro (16,4%), outro familiar (4,8%) e cuidador(a) (2,7%). Entre outros agressores específicos, encontravam-se listados: neto(s) (n=371), nora (n=218), sobrinho(a) (n=197), genro (n=173) e cunhada (n=59). Os estados que registraram as maiores porcentagens de notificações foram Minas Gerais (21,9%), Rio Grande do Sul (13,4%) e Pernambuco (11,7%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As notificações, embora ainda subnotificadas, revelam as diversas formas de violência que acometem as idosas que vivem em contextos rurais brasileiros. Convém pontuar que, além da recorrência, essas violências não ocorrem de maneira isolada, mas se sobrepõem, estando diretamente relacionadas ao contexto familiar. A problemática da violência contra idosas que vivem em áreas rurais ainda é invisibilizada nas pesquisas e discussões, o que torna essencial seu aprofundamento para fomentar um trabalho intersetorial e efetivo em seu enfrentamento. É fundamental também levar em consideração o fenômeno da “feminização da velhice”, que, além de seu aspecto demográfico, abrange questões sociais como maior vulnerabilidade, dependência econômica e violência [5]. Além disso, a violência no contexto rural está profundamente enraizada em questões culturais, que contribuem para a perpetuação da violência contra as mulheres idosas [6].

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. 2003.
- (2) Brasil. Portaria MS/GM 737. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2005.
- (3) Hirt MC, Costa MC, Arboit J, Leite MT, Hesler LZ, Silva EB da. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;38:e68209.
- (4) Modelli L. Deutsche Welle. 28/03/2019. Mulheres do campo na mira da reforma da Previdência.
- (5) Bertolin PTM, Olimpio W, Silva AS. A violência doméstica contra a idosa e a possibilidade de aplicação da teoria do diálogo das fontes. *Simpósio Gênero e Políticas Públicas.* 2020;6:2152–74.
- (6) Bervian G, Costa MC, Silva EB, Arboit J, Honnef F. Violence against rural women: Conceptions of professionals in the intersectoral network of care. *Enferm Global.* 2019;18(2):144–79.

O PET-SAÚDE E SEU PAPEL NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES ENTRE TRABALHADORAS DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jeniffer Tauane Sales de Sousa Santana¹

Letícia Coutinho de Souza

Larissa Calado Simmons de Freitas

Hugo Pereira de Andrade

Letícia Fernandes Celidonio Daflon

Camila Machado Lellis

Lucas Carvalho Layber

Wellerson Honório de Souza

Suellen Cristina Dias Emidio

Renata Alvarenga Vieira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) é uma ação do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação, conduzida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que visa à qualificação da integração ensino-serviço-comunidade, aprimorando o conhecimento dos profissionais do SUS, bem como dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde (1). A 11ª edição do programa, intitulada de “PET-Saúde: Equidade”, tem como objetivo principal formar profissionais comprometidos com a valorização das trabalhadoras e futuros trabalhadoras do SUS, reconhecendo a diversidade e as desigualdades que marcam o cotidiano dos serviços de saúde. Para isso, os projetos desenvolvidos no âmbito do PET-Saúde são organizados em três eixos de ação: a valorização das profissionais considerando gênero, raça, etnia, sexualidade, deficiência e outras interseccionalidades; a atenção à saúde mental e o enfrentamento das violências no trabalho em saúde; e o acolhimento às pessoas que gestam durante o processo de maternagem. Essa edição também inova ao incluir a participação de movimentos sociais, que passam a atuar como orientadores de serviço, fortalecendo o vínculo entre a formação profissional e a comunidade. Além disso, pela primeira vez estudantes de áreas além da saúde, como das ciências humanas e sociais, poderão integrar os projetos, desde que em consonância com os temas propostos, ampliando o olhar interdisciplinar e o diálogo entre saberes distintos.

OBJETIVO

Descrever as experiências dos estudantes da graduação pela Universidade Federal de Juiz de Fora acerca da participação no programa PET-Saúde: Equidade que envolvem atividades de ensino, pesquisa, extensão universitária e a participação social.

1

Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: Jeniffer.tauane@estudante.uff.br

METODOLOGIA

O projeto do PET-Saúde: Equidade em andamento na Universidade Federal de Juiz de Fora segue o edital do MS e se divide em três eixos temáticos que alocam 5 grupos de trabalho, cada um com um campo para a realização das atividades do projeto. O presente grupo de trabalho segue o eixo 3 do projeto, Acolhimento e Valorização às trabalhadoras e trabalhadores e futuras trabalhadoras e trabalhadores da saúde no processo de maternagem, acolhimento e valorização de mulheres, homens trans e outras pessoas que gestam (2), intitulado “Ressignificando Olhares”, e também é responsável pelas atividades no campo prático do Consultório na Rua, entidade responsável pelo atendimento à população em situação de rua do município de Juiz de Fora–MG.

A partir dos objetivos visados no presente edital do PET Saúde: Equidade, desenvolveu-se metodologias e estratégias: foram disponibilizados alguns cursos de formação, como um de atendimento primário à saúde integrada e outro sobre desigualdades raciais, de maneira remota, a fim de aprimorar o conhecimento dos alunos, preceptores e coordenadores acerca dos assuntos, permitindo uma melhor atuação dos mesmos em campo. Além disso, houve o incentivo à participação de eventos culturais e sociais da comunidade de Juiz de Fora, promovendo a integração do meio acadêmico da Universidade com as questões sócio-culturais regionais. São pesquisados, analisados e estudados outros materiais também, visando uma ampliação do conhecimento dos participantes do PET, como artigos, livros, filmes, entre outros.

O desenvolvimento do projeto PET-Saúde no Consultório na Rua vêm aprimorando e qualificando estudantes de diversas áreas, principalmente em cursos da área da saúde, para o reconhecimento e a valorização do trabalho realizado por trabalhadoras e trabalhadores do SUS. A partir da metodologia aplicada e do sistema ensino-serviço-comunidade, o projeto é bem sucedido na integração de vários saberes distintos que vão além da área da saúde, como a inclusão de diferentes cursos da área de humanas e sociais (História, Direito, Ciências Sociais e entre outros); reforçando também a importância da diversidade no ambiente acadêmico-profissional, do combate às desigualdades dentro dos serviços de saúde e da valorização profissional em geral.

Além disso, com a variedade das atividades práticas, dinâmicas e o estudo teórico, o PET-Saúde cumpre seu objetivo de fornecer uma estrutura propícia para a formação do conhecimento acadêmico, junto de auxiliar na capacitação profissional tanto dos estudantes quanto dos trabalhadores assistidos pelo projeto, com foco no desenvolvimento de competências e habilidades que ajudam a superar as dificuldades do cotidiano desses trabalhadores, principalmente as geradas pelas situações de vulnerabilidade social que atingem determinados grupos de minorias.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Através do projeto do PET-Saúde: Equidade tornou-se possível a elaboração, desenvolvimento e ações práticas que buscam combater as iniquidades e desigualdades que acometem as trabalhadoras do SUS em seu ambiente de trabalho, promovendo uma integração ensino-serviço-comunidade não

apenas para com as trabalhadoras do campo do Consultório na Rua, que por si só já um campo único em sua complexidade e unicidade de seu atendimento, como também consegue abranger discussões e reflexões únicas propiciadas pelos acadêmicos das áreas das ciências sociais e humanas em conjunto com os da área da saúde, proporcionando novas perspectivas ao debater as interseccionalidades e complexidade do objeto de trabalho do projeto, que são as iniquidades e desigualdades no âmbito das trabalhadoras SUS. Todo o trabalho teórico, educativo e prático proporcionado por essa interseção entre alunos de graduação e profissionais da saúde e entre as áreas da saúde e das ciências humanas/sociais permitem um crescimento profissional, intelectual e pessoal dentro todos os participantes, reafirmando o papel de projetos como o PET-Saúde e seu valor como experiência curricular durante a vida acadêmica.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Composição do PET Saúde Equidade [Internet]. Brasília, DF: MP; 2024 [citado 2025 abr 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude/pet-saude-equidade>.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. EDITAL SGTES/MS nº 11, de 16 de novembro de 2023. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2023 [citado 2025 abr 11]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-sgtes/ms-n-11-de-16-de-setembro-de-2023-523637034>.

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E OS ITINERÁRIOS DE CUIDADO DE MULHERES GESTANTES EM SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SOBRE OS MARCOS REGULATÓRIOS DE DIREITOS DO SUS

Ana Beatriz Dias Pacheco¹

Roseni Pinheiro

Carolina Passos Sodré

Richardson Jorge Almeida Meirelles

Mariana Camargo Tumonis Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), se fundamenta nos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação social. Dessa forma, o SUS visa promover a saúde e o cuidado integral, assegurando o acesso universal à saúde para toda a população, principalmente para aqueles que se encontram em situações de vulnerabilidade social. Em relação às mulheres gestantes, é possível compreender que o momento envolve diversas mudanças fisiológicas, emocionais e sociais. Nesse sentido, é essencial ressaltar que quando associada a contextos de vulnerabilidade social, essas gestantes enfrentam desafios ainda maiores para acessar os serviços de saúde adequados (1). Partindo do princípio de integralidade do SUS, a importância de uma abordagem completa e contínua do cuidado se torna ainda mais relevante. Desse modo, é essencial analisar os serviços que são ofertados com base na perspectiva de quem os utiliza, visto que, a perspectiva do usuário é um fator capaz de influenciar a formulação e implementação dos marcos regulatórios das políticas.

OBJETIVO

A presente pesquisa tem como objetivo comparar as trajetórias de cuidado de mulheres gestantes usuárias do SUS em situações de vulnerabilidade, tendo como foco grupos específicos como jovens, mulheres privadas de liberdade, pessoas com deficiência e em comunidades tradicionais. Tendo em vista os marcos regulatórios das políticas específicas.

METODOLOGIA

Com relação a metodologia empregada, adotou-se a revisão integrativa da literatura, que tem o objetivo de identificar e sintetizar o conhecimento de pesquisas que tratam do mesmo assunto. Por isso, foi realizada uma busca nas bases de dados SciELO e BVS. Os descritores utilizados foram relacionados a mulheres gestantes em situação de vulnerabilidade e ao acesso aos serviços de saúde no SUS. A pesquisa abrangeu publicações entre 2015 e 2025, disponíveis em português e espanhol. Os principais temas explorados foram o acesso aos serviços de saúde, integralidade, itinerários das usuárias

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: an4be4triiz@gmail.com.

e as barreiras enfrentadas no acesso ao serviço de saúde, na medida em que, a compreensão dessas questões é necessária para promover o cuidado integral e menos desigual para essas mulheres.

RESULTADOS

A análise preliminar aponta importantes avanços no reconhecimento das demandas das gestantes em situação de vulnerabilidade no SUS. No entanto, é evidente que existe uma discrepância entre o que as políticas estabelecem e a sua efetiva aplicação nos serviços de saúde (2). Diversos fatores ligados a infraestrutura, capacitação, e escassez de recursos atuam como agravantes que contribuem para esse distanciamento (3). O cuidado também surge como um importante fator nesse cenário, por isso, também é necessário compreender a importância desse conceito, que se configura não apenas como um procedimento técnico, mas como uma ação relacionada a uma abordagem integral (4). Cabe considerar a questão da baixa vinculação entre os serviços como outro agravante para a situação. Sob esse aspecto, a análise sobre os itinerários auxilia na compreensão das limitações das políticas públicas e da assistência à saúde prestadas pelo SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados iniciais sugerem que, apesar dos avanços normativos, ainda existem desafios estruturais e organizacionais que limitam o acesso e a qualidade do atendimento a essas mulheres. Importante destacar que a garantia dos direitos reprodutivos é estabelecida como meta pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio do 5º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (5). Posto isso, a pesquisa permanece buscando comparar as diretrizes com as experiências relatadas, evidenciando os possíveis fatores que se apresentam como obstáculos para a aplicação prática dos marcos legais.

REFERÊNCIAS

- (1) Devincenzi MU, Schraiber LB. Óbitos neonatais em região de alta vulnerabilidade do Município de Santos, São Paulo, Brasil: examinando questões assistenciais na perspectiva das mulheres. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):e00081718.
- (2) Damasceno ALS, et al. Iniquidades interseccionais no atendimento obstétrico às mulheres negras de comunidade quilombola. *Rev Ciência Plural*. 2024;10(2):1-16.
- (3) Oliveira MLBM, Cassavia CSP. A experiência de tornar-se mãe, sendo uma mulher com deficiência física, cadeirante, no Sistema Único de Saúde. *Res Soc Dev*. 2024;13(1):e12613144823.
- (4) Pinheiro R, Guizard FLC. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In: Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2006. p. 23-38.
- (5) ONU. Documentos Temáticos: ODS 1, 2, 3, 5, 9, 14. Haroldo Machado Filho; 2017.

O PROGRAMA MOEDA SOCIAL ARARIBOIA COMO GARANTIA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA CIDADE DE NITERÓI/RJ

Maicon da Silva Carlos ¹
André Augusto Pereira Brandão

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em julho de 2021, foi sancionada a Lei 3621/2021 que instituiu o Programa Municipal de Economia Solidária, Combate à Pobreza e Desenvolvimento Econômico e Social de Niterói, criando, portanto, a Moeda Social Arariboia na cidade de Niterói. Em janeiro de 2022 teve início o pagamento do programa de transferência de renda por meio da moeda social Arariboia, com o objetivo de garantir proteção social e estimular o desenvolvimento econômico local na retomada pós-pandemia de COVID-19. O programa é gerido pelo Banco Arariboia, um banco comunitário do município, e contempla famílias inscritas no CadÚnico (Cadastro Único para Programas Sociais) em situação de pobreza, atualmente famílias com a renda per capita de até 218 reais. A transferência de renda é feita em moeda social aos beneficiários, podendo ser utilizada por meio de um cartão recarregado mensalmente ou via aplicativo, permitindo compras na rede credenciada do Banco Arariboia.

Atualmente, cerca de 6 mil comércios e prestadores de serviços estão credenciados, incluindo setores como alimentação, construção civil, vestuário, saúde, transporte, estética dentre outros. O programa, que inicialmente atendeu 27 mil famílias, alcançou em fevereiro de 2025 o número de 54 mil famílias beneficiadas. O valor inicial do benefício é de 308 para famílias unipessoais, com acréscimo de 112 arariboia para cada membro da família, com limite de pagamento para até 6 pessoas, podendo chegar a 868 arariboias por família, representando um investimento de R\$ 23 milhões por mês.

OBJETIVO

O presente trabalho pretende analisar se o Programa Moeda Social Arariboia, por meio da transferência de renda em moeda social, contribui para a garantia de proteção social, segurança alimentar e nutricional das famílias, bem como o acesso a serviços e cuidados de saúde. A análise baseia-se nos dados de circulação do programa, gerando indicadores de perfil de compra e de acesso a bens e serviços, conforme apresentado nos relatórios oficiais.

METODOLOGIA

Foram analisados os relatórios consolidados de circulação da Moeda Arariboia entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023, fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária de Niterói. Utilizou-se uma abordagem quantitativa para identificar os padrões de compra e uso do benefício social pelas famílias, classificando os segmentos comerciais e de serviços mais

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: maiconcarlos@id.uff.br.

recorrentes. Os indicadores gerados permitem avaliar a realidade social e o uso do programa (1).

RESULTADOS

Por não ser um programa restrito à alimentação, o Banco Arariboia credencia diversos segmentos, possibilitando o uso do benefício conforme as necessidades das famílias — como reformas residenciais, vestuário e serviços estéticos. Apesar de seu caráter essencial diante do agravamento das vulnerabilidades sociais no pós-pandemia, o programa não representa a totalidade da proteção social (2).

Além disso, ao estabelecer o limite de acesso com base em renda per capita (atualmente R\$ 218), o programa exclui automaticamente pessoas com qualquer nível de renda declarada, perpetuando o dilema entre proteção social e trabalho (3), o que pode gerar estigmas e merece ser analisado em futuras pesquisas.

No período analisado, R\$ 218.822.652,74 — ou 80,3% dos valores pagos em benefícios — foram utilizados em 2.454.890 compras em mercados e atacadistas locais, principalmente em alimentos. Já R\$ 15.248.735,01 (5,6%) foram gastos em farmácias e serviços médicos. Os 14,1% restantes foram usados em setores variados como transporte, vestuário, utilidades domésticas, eletrodomésticos e construção civil.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A criação de um programa de transferência de renda com uso não restrito permite que as famílias beneficiadas complementem seus orçamentos em diversas frentes. Apesar dessa flexibilidade, observou-se que a maior parte do benefício foi usada para compra de alimentos, evidenciando a preocupação com a segurança alimentar. Também foi identificado uso em serviços de saúde, embora isso demande estudos mais aprofundados. Conclui-se que Niterói implementou uma política econômica que atua como garantidora de um direito social, sendo necessário continuar investigando seus impactos sobre a desigualdade social e o desenvolvimento econômico local.

REFERÊNCIAS

- (1) Jannuzzi PDM. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. 6. ed. Campinas: Alínea; 2017.
- (2) Sposati AO. Assistência social: de ação individual a direito social. Rev Bras Dir Const. 2007;(10):1-24.
- (3) Pereira PA. Proteção social contemporânea: cui prodest?. Serv Soc Soc. 2013;(116):636-651.

OBSTÁCULOS PARA ALCANÇAR UMA REFORMA TRIBUTÁRIA SAUDÁVEL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA ATIVIDADE CORPORATIVA DAS INDÚSTRIAS DE REFRIGERANTES, TABACO E BEBIDAS ALCÓOLICAS

Vitória Lucia Silva de Moraes¹

Anelize Moreira

Bruna Kulik Hassan

Marília Sobral Albiero

Mariana Pinho

Viviane da Rosa Tavares

Laura Cury

Priscila Diniz

Marcello Fragano Baird

Paula Johns

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, tributos e preços de cigarros, bebidas alcoólicas (BA) e refrigerantes são considerados baixos em relação aos de outros países (1). Isso preocupa porque indicadores nacionais mostram que, entre os adultos brasileiros, 9,3% se declaram fumantes (2) e 58,1% consomem bebidas alcoólicas diariamente (3). Já os refrigerantes aparecem entre os cinco itens alimentares com maiores quantidades médias consumidas por pessoa por dia (4).

Entre 2023 e 2024 o Brasil avançou nas discussões sobre a Reforma Tributária (RT), sobretudo com a atribuição de impostos seletivos majorados para produtos nocivos à saúde e ao meio ambiente. Essas medidas fiscais são recomendadas por organismos como Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial (5), pela capacidade de reduzir seu consumo, promover a saúde e combater doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Ainda, pelo aumento que geram na arrecadação, contribuem para reverter as externalidades negativas desses produtos (6).

Apesar do avanço na RT, atores comerciais que representam os três setores interferiram no processo através da atividade política corporativa (APC), utilizada com fins de atrasar, moldar e evitar medidas regulatórias rígidas e eficientes, como a tributação (7).

OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a atividade política corporativa dos setores de BA, refrigerantes e tabaco, no contexto da Reforma Tributária em curso no Brasil.

1 E-mail: morvitoria.aes@abctr.org.br.

METODOLOGIA

O estudo é qualitativo e analisou as ações desenvolvidas em 2024, ano em que o Ministério da Fazenda e o Congresso Nacional debateram a regulamentação da RT e os produtos a serem incluídos no regime do Imposto Seletivo (IS). Os dados foram coletados de redes sociais e websites oficiais das corporações e associações empresariais, além do monitoramento realizado com a ferramenta Google Alertas, utilizando os seguintes termos de busca: “ABIR” (Associação Brasileira da Indústria de Refrigerantes e Bebidas não-Alcoólicas); “imposto seletivo”; “imposto seletivo bebidas”; “imposto seletivo cigarros”; “reforma tributária bebidas”; “reforma tributária cigarros”; e “reforma tributária refrigerantes”. As reuniões entre representantes das corporações e associações foram mapeadas via Agenda Transparente; documentos dos encontros foram obtidos via pedidos de Lei de Acesso à Informação. Também foram sistematizadas emendas parlamentares que propunham alterações no texto do projeto de lei, especificamente relacionadas a álcool, tabaco e refrigerantes. A análise usou a taxonomia de APC de Ulucanlar e colaboradores (2023), divididas em estratégias de “ação” e “enquadramento” (7).

RESULTADOS

Foram identificadas 117 APC no período, sendo a maioria do tipo “ação” (75 ocorrências). As estratégias de “enquadramento” aparecem 42 vezes. A estratégia do tipo “ação” mais utilizada pelos três setores foi a de “acesso e influência na formulação de políticas” (42 ocorrências), enquanto a de “enquadramento” mais empregada foi “a solução inaceitável, ‘má’: para toda a população, estatutária” (25 ocorrências). O setor que mais utilizou APC foi o de refrigerantes (84 APC), com destaque para a estratégia de “acesso e influência na formulação de políticas” (27 ocorrências). Os representantes das BA realizaram 18 APC, principalmente as estratégias “acesso e influência na formulação de políticas” (7 ocorrências) e “criar apoio público para posições corporativas” (6 ocorrências). Por fim, o setor do tabaco empregou 15 APC, também com destaque para “acesso e influência na formulação de políticas” (8 vezes).

A inclusão de produtos de tabaco e BA com o IS era esperada pois o Brasil já impõe tributos majorados sobre estes produtos. Já a tributação majorada dos refrigerantes era inédita; Logo, esse setor empregou diversos esforços para evitar a regulação, fato que pode justificar o maior número de APC identificadas em relação aos setores tabaco e BA. Os setores do tabaco e das BA contestam que o eventual aumento da carga tributária teria como consequência o crescimento do contrabando e mercado ilegal, e ao mesmo tempo penalizaria produtores artesanais. No caso do setor de refrigerantes, para evitar a regulação, diversas APC foram utilizadas no sentido de descredibilizar evidências científicas que mostram os impactos negativos de seus produtos, exaltando acordos voluntários como alternativa mais eficiente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ainda que aprovada a RT tenha incluído refrigerantes, BA e tabaco no regime do IS, APC foram utilizadas reiteradamente ao longo de todo o processo por todos os setores. O número expressivo de APC identificadas, sobretudo com a estratégia de acesso e influência na formulação de políticas, expõe a necessidade de desenvolver mecanismos robustos para prevenir, gerenciar e mitigar a interferência da indústria nos processos de tomada de decisão e na construção de políticas regulatórias que buscam avanços significativos na agenda da saúde pública em geral, especialmente na prevenção dos fatores de risco para DCNT.

REFERÊNCIAS

- (1) Maldonado N, Blecher EH, Fleischhaker C. Salvar vidas e aumentar a receita: Oportunidades oferecidas pela reforma dos impostos indiretos para melhorar a tributação sobre tabaco, álcool e bebidas açucaradas no Brasil. 2024.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
- (3) World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. 2024.
- (4) IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
- (5) Task Force on Fiscal Policy for Health. Health Taxes to Save Lives: A Compelling Policy for the Crises of Today. 2024 [acesso 12 março 2025]. Disponível em: <http://movendi.ngo/policy-updates/2024/09/27/new-report-shows-raising-pro-health-taxes-could-save-50-million-lives-over-next-50-years/>.
- (6) World Bank. Unpacking the Empirics behind Health Tax Revenue. Knowledge Note Series. 2023. Doi: [10.1596/40634](https://doi.org/10.1596/40634).
- (7) Ulucanlar S *et al.* Corporate political activity: taxonomies and model of corporate influence on public policy. *Int J Health Policy Manag.* 2023;12:7292. Doi: 10.34172/ijhpm.2023.7292.

OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR. INTEGRALIDADE NO CUIDADO A USUARIOS NO MUNICIPIO DE CAMAÇARI BAHIA

Juliana Xavier Carneiro Alves¹

Janivalda Lima Ferreira

Amanda Rouse Bispo da Silva

Daniela Amarante Arruda

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Oxigênio é um gás presente no ambiente na proporção de 21% e foi descoberto por volta do século XVIII. Seu uso na medicina iniciou em 1922, pelo médico americano Alvin Barach, que o prescrevia em casos de pneumonia. A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é um tratamento indicado para os pacientes com hipoxemia crônica, de suma importância nos casos de insuficiência respiratória crônica (1).

Este consiste em um tratamento em que é fornecido uma concentração maior de oxigênio no ar inspirado que visa aumentar os níveis de oxigênio no sangue. Isto é, objetiva evitar/reverter a hipoxemia (2)

Além dos benefícios clínicos, a ODP está associada à redução do número de internações por insuficiência respiratória crônica e do tempo de internação hospitalar, diminuindo assim o risco de infecção hospitalar. Observa-se também, redução do número de consultas em pronto atendimento nos serviços de urgência e emergência e liberação dos leitos que são ocupados unicamente pela necessidade de suplementação de oxigênio (3).

A ODP traz benefícios comprovados com evidências científicas consolidadas, porém requer aplicação de critérios bem estabelecidos de indicação, instruções seguras do manejo dosequipamento e seu uso domiciliar e acompanhamento clínico para que seja utilizada de forma segura e eficiente (4).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever a experiência exitosa do fornecimento de oxigenoterapia domiciliar aos usuários com perfil estabelecido de maneira gratuita e monitorada, de forma contínua no município de Camaçari na Bahia através do CEASUS.

METODOLOGIA

A metodologia usada foi relato de experiência na qual descrevemos as ações implantadas para garantir o acesso dos usuários, com perfil estabelecido, à concessão de oxigenoterapia, no município de Camaçari na Bahia, para atender a demanda dos usuários e garantir a continuidade do cuidado.

1

Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: jucarneiro77@gmail.com

RESULTADOS

O CEASUS, Centro Especializado de Atendimento Social ao Usuário do SUS, é responsável por coordenar e organizar os fluxos de acesso aos mais diversos benefícios ofertados pelo município, nesse estudo nos detivemos a concessão de oxigenoterapia domiciliar.

Para tal garantia de acesso aos serviços o usuário, munícipe, deve se encaminhar ao CEASUS onde será acolhido e orientado acerca dos critérios de inclusão no programa, que são; Usuário portador de doenças que necessitem de oxigênio suplementar, apresentar prescrição de especialista SUS que inclua diagnóstico médico e o Código Internacional de Doenças (CID 10) preenchido conforme formulário específico, anexar os resultados da gasometria e exames complementares, dar ciência e cumprir as cláusulas do Termo de Responsabilidade.

A fisioterapeuta do CEASUS faz avaliação das condições do usuário e local para viabilizar a implantação dos equipamentos com segurança e qualidade, após isso a empresa prestadora do serviço tem até 5 dias corridos para realizar a instalação do equipamento no domicílio.

O serviço ainda preconiza reavaliações periódicas do pneumologista da rede de saúde municipal (SUS), de acordo com os prazos estabelecidos pelo médico assistente referente à manutenção do uso. Essa reavaliação é imprescindível para que o tratamento seja mantido conforme demanda o quadro clínico do usuário.

Hoje no município o CEASUS já tem o cadastro de 23 usuários ativos atendidos no programa. Estes também recebem o acompanhamento da fisioterapeuta do CEASUS e equipe de saúde da família de referência por meio de visitas domiciliares regulares para verificação das condições do domicílio e uso dos equipamentos e do paciente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Serviço de Oxigenoterapia já era ofertado pela rede estadual de saúde, porém com o crescimento da demanda foi necessário o município abraçar a assistência destes usuários para que todos fossem contemplados com equidade e integralidade.

Este acolhimento especializado para tal demanda conferiu idoneidade e profissionalismo ao programa garantindo êxito e maior controle fortalecendo a proposta de política de cuidado do município, sempre pautada nas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Espírito Santo (estado). Gestão da Secretaria de Estado da Saúde, revisado em novembro de 2017, Vitória/ES. Respira ES – Protocolo do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Disponível em: <https://saude.es.gov.br>.
- (2) Sociedade Brasileira De Pneumologia e Tisiologia *et al.* Oxigenoterapia Domiciliar prolongada (ODP). J Bras Pneumol. 2000;26(6):341-350.

- (3) Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) e ventilação mecânica domiciliar (VMD). *In*: Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. v. 2.
- (4) Secretaria De Estado Da Saúde (Florianópolis). Diretrizes para oxigenoterapia e ventilação domiciliar. 2019.

PATERNIDADE ADOLESCENTE NO BRASIL: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DE 2019

Nathália Pacífico de Carvalho¹

Cristiane da Silva Cabral

Flávia Bulegon Pilecco

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As questões relativas à reprodução são tradicionalmente associadas à perspectiva da saúde da mulher. Por muito tempo, essa associação foi naturalizada, considerada como algo intrínseco, levando à negligência na produção de conhecimento tanto do comportamento quanto da própria experiência vivida pelos homens nas questões reprodutivas (1–3). Tem-se consolidado, a partir disso, uma defesa em diferentes esferas da sociedade pela participação mais efetiva dos homens nas questões de saúde reprodutiva, especialmente a partir de meados dos anos 1990 (1,4,5).

A questão da reprodução na fase da juventude é também pouco explorada na perspectiva masculina. A gravidez na adolescência, frequentemente enquadrada como “problema de saúde pública”, é tratada quase exclusivamente a partir do olhar para as mulheres e meninas (6). Considerando as proposições em conferências internacionais sobre conceitos de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos e a necessidade de enfrentarmos assimetrias de gênero, é fundamental analisar questões pertinentes aos homens que vivenciam uma gravidez na adolescência, visando contribuir para um reenquadramento da questão que inclua e implique também o masculino. A perspectiva interseccional permite aprofundar essas análises, evidenciando como diferentes marcadores sociais podem estar atrelados à experiência da parentalidade na adolescência.

OBJETIVO

Comparar e discutir perfis interseccionais de homens adultos brasileiros quanto à experiência de ter tido ou não filho(s) antes dos 20 anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com dados de homens de 20 a 49 anos que responderam à Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. O evento de interesse é o relato de ter tido filho antes dos 20 anos (paternidade adolescente). Avaliamos o contexto atual de vida desses homens, a partir de variáveis sociodemográficas, de acordo com a ocorrência do evento de interesse. Na análise descritiva, mantiveram-se todos os indivíduos dessa faixa etária (n=23.084) e foram aplicados os pesos amostrais da pesquisa. Para as demais análises, excluíram-se amarelos (n=166) e indígenas (n=200), totalizando 22.718 participantes.

1

Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: npacificoc@gmail.com

Empregou-se regressão logística pelo modelo multinível de heterogeneidade individual e acurácia discriminatória com abordagem interseccional (I-MAIHDA), permitindo avaliar múltiplas interações entre variáveis que compõem os estratos sociais: faixa etária, raça/cor, escolaridade e região, totalizando 180 estratos. Além do odds ratio (OR), estimado para avaliar os efeitos fixos de cada uma das variáveis que compõem os estratos, o I-MAIHDA possibilita a análise de efeitos interseccionais mensurados a partir das interações entre essas características sociodemográficas. Todas as análises foram realizadas no software R.

RESULTADOS

A paternidade adolescente foi mais frequente entre os homens brasileiros pretos, pardos e indígenas, menos escolarizados e residentes nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. A análise dos efeitos fixos mostrou que pretos e pardos apresentaram, respectivamente, 1,42 e 1,35 vezes mais chances de terem tido filhos na adolescência em comparação aos brancos. Homens de 40-49 anos tiveram maior chance (OR 1,22) de vivenciar esse evento em comparação com aqueles de 20-29 anos. A escolarização mais avançada também se mostrou associada com a paternidade adolescente: em comparação com aqueles com ensino superior, foram maiores as chances para os que tinham ensino médio (OR 2,60), fundamental completo (OR 4,70) e incompleto (OR 5,64). As chances também foram maiores para os residentes nas regiões Centro Oeste (OR 1,24) e Norte (OR 1,51).

A probabilidade de ter vivenciado o evento de paternidade na adolescência variou de 2,09% a 25,20% entre os estratos sociais. Homens brancos, majoritariamente mais jovens, com ensino superior completo e, em sua maioria, residentes nas regiões Sul e Sudeste, compuseram os cinco estratos com as menores probabilidades (2,1% a 2,3%) para o evento de interesse. Em contraste, os estratos com as maiores probabilidades (21,1% a 25,1%) incluíam predominantemente indivíduos pretos e pardos, mais velhos, com baixa escolaridade e residentes na região Norte. Os parâmetros analisados nos modelos indicaram que 11,7% da variância entre os estratos pode ser atribuída a efeitos de interação entre as variáveis que os compõem, ou seja, os efeitos que podemos compreender como um efeito interseccional são necessários para caracterizar as desigualdades observadas entre os estratos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Há um evidente padrão de desigualdade que demarca as inscrições sociais dos homens que vivenciaram a experiência da paternidade na adolescência, o qual é compreendido de forma mais completa sob a ótica da interseccionalidade, que permite analisar como diferentes marcadores sociais interagem e produzem posições diferenciadas dentro da estrutura social. Métodos como o I-MAIHDA permitem mapear essas desigualdades de forma mais precisa, destacando como os efeitos de variáveis operam também em combinações específicas que configuram estratos sociais que se distinguem.

Em que pese o fato de termos observado um decréscimo do evento de interesse entre homens mais jovens, a reprodução na juventude segue marcada por contextos de desigualdades estruturais.

Nossa abordagem contribui para a formulação de políticas mais inclusivas, sensíveis às múltiplas dimensões das desigualdades e comprometidas com a redução das assimetrias de gênero, raça e classe no campo dos direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS

- (1) Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Supl. 1):87–96.
- (2) Carvalho AAD, Lima TAD. Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva masculina no Brasil: possibilidades a partir de base de dados populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(11):e03382024.
- (3) Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev Estud Fem*. dezembro de 2008;16(3):809–40.
- (4) Gomes R, Couto MT, Keijzer B de. Hombres, género y salud. *Salud Colect*. 24 de abril de 2020;16:e2788.
- (5) Gomes R, Nascimento EFD. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. maio de 2006;22(5):901–11.
- (6) Jesús Reyes DD, González Almontes E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sex Salud Soc Rio Jan*. agosto de 2014;(17):98–123.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DA COMPLETUDE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS GESTACIONAL EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Pamela Macedo Azalim¹

Elder Damasceno Moura

Giuliana Fernandes e Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*. Sua transmissão ocorre predominantemente por via sexual, sendo considerada uma infecção sexualmente transmissível, mas também por via vertical, durante a gravidez e parto(1). A sífilis gestacional é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, com importantes repercussões materno-infantis, como o aumento da mortalidade perinatal e a perpetuação da transmissão vertical. O acompanhamento adequado da gestante e a notificação completa dos casos são fundamentais para o controle da doença(2). No período de 2005 a 2023, foram notificados no SINAN 624.273 casos de sífilis em gestantes. Apenas em 2022 foram notificados 83.034 casos, sendo a maioria deles na região Sudeste. No ano de 2022, a taxa de detecção de sífilis em gestante foi de 32,4 por 1000 nascidos vivo, o que representou um aumento de 15,5 % em relação ao ano anterior(3,4). No entanto, a baixa completude das fichas de notificação e as falhas no registro e tratamento adequado ainda são desafios enfrentados por profissionais de saúde e gestores. Nesse contexto, a análise de dados locais pode contribuir para a qualificação da assistência e das ações de vigilância.

OBJETIVO

Analisar o perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis; e, verificar o esquema de tratamento prescrito às gestantes e seus parceiros.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, baseado na análise documental de fichas de notificação compulsória de sífilis gestacional registradas entre 2018 e 2023 no município de Três Rios no estado do Rio de Janeiro. Os dados foram extraídos de arquivos da vigilância epidemiológica no setor e organizados em planilha do Excel®. Foram tabuladas 218 fichas, compondo a amostra no intervalo de 5 anos investigados. Nas fichas de notificação do SINAN foram avaliadas variáveis como data de nascimento, idade, idade gestacional, escolaridade, raça/cor, data da notificação, data do diagnóstico trimestre de diagnóstico, ocupação, classificação clínica da sífilis, tratamento materno e do parceiro, teste treponêmico e não treponêmico no pré-natal, motivo de não tratamento do parceiro ,

1

Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios. E-mail: pamela.azalim@aluno.suprema.edu.br

além da completude das informações. Esse trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios e aprovado sob o parecer número 7.407. 055.

RESULTADOS

Observou-se um padrão heterogêneo de preenchimento das fichas, com variáveis como tratamento do parceiro, profissão e escolaridade frequentemente incompletas. A maioria das mulheres era parda (44%), com idade entre 16 e 39 anos, escolaridade entre o ensino fundamental e ensino superior, com diagnóstico da doença no segundo trimestre gestacional, com predominância da sífilis recente. Na maioria dos casos, não há confirmação do tratamento completo da gestante, sendo realizado em 40,8% o registro da dose de penicilina G benzatina 2.400.000 UI, seguida de 17,8 % a dose de 7.200.000 UI, ressaltando que 20,6% dos casos o tratamento não foi realizado. Sobre o esquema de tratamento prescrito ao parceiro, apenas 8% realizaram a dose de 7.200.000 UI, seguido de 5% com a dose de 2.400.000 UI e 3% com a dose de 4.800.000 UI, destacando que 69,2% se referem a fichas não preenchidas. No que tange ao tratamento do parceiro, 17,4% realizaram concomitantemente ao da gestante, ressaltando que 66,9% das fichas estavam incompletas sobre essa informação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante desse cenário, nota-se que o manejo inadequado da doença, principalmente no que concerne ao acompanhamento da sífilis já no início do pré-natal, contribui para a transmissão vertical. Além disso, o não acompanhamento do parceiro nesse período perpetua a transmissão horizontal, uma vez que mesmo a gestante tratada, o parceiro sem assistência médica, continua como um vetor para a reinfecção. Embora os resultados ainda estejam em fase de análise, o estudo evidencia a importância de investir em capacitação dos profissionais de saúde e em sistemas de monitoramento que garantam a qualidade das notificações. O preenchimento adequado das fichas é essencial para o enfrentamento da sífilis gestacional, bem como a redução dos casos de sífilis congênita, para a promoção de um cuidado mais resolutivo e integral à mulher e ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

- (1) Laurentino ACN, Ramos BA, Lira CDS, Lessa IF, Taquette SR. Atenção à saúde dos parceiros sexuais de adolescentes com sífilis gestacional e seus filhos: uma revisão integrativa. *Cad Saúde Colet.* 2024; 29:1-2.
- (2) Maciel DPA, Maciel GA, Júnior ADMO, Dias GDCC, de Deus Moraes MJ, de Abreu Aguiar KL, Leitão FNC. Mortalidade por sífilis congênita: revisão sistemática. *Revista multidisciplinar em Saúde.* 2023; 106-116.
- (3) Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites virais e Infecções sexualmente transmissíveis. *Boletim epidemiológico- Sífilis* 2023.
- (4) Macedo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação; barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saúde Colet.* 2020; 28(4):518-528.

PET PATHOS E A LUTA CONTRA A INVISIBILIDADE DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Márcia colamarco Ferreira Resende¹

Tânia Maria de Resende Amaral

Vivian Ribeiro Alves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde dos trabalhadores hospitalares sempre ocupou uma posição marginal nas políticas públicas de promoção da saúde. Apesar da alta prevalência de doenças ocupacionais e psicossociais nesse grupo, a subnotificação tem historicamente mascarado a real dimensão do problema (1). Esses profissionais, essenciais para o funcionamento dos serviços de saúde, enfrentam longas jornadas, sobrecarga de trabalho, exposição constante a agentes biológicos e químicos, além de riscos ergonômicos e psicossociais que impactam diretamente sua qualidade de vida e bem-estar.

Com a pandemia de covid-19, a visibilidade desses trabalhadores aumentou exponencialmente. Tornaram-se símbolos da linha de frente, recebendo homenagens públicas e reconhecimento social. No entanto, essa visibilidade não se traduziu em mudanças estruturais que garantissem melhores condições de trabalho e assistência à sua própria saúde. Mesmo após o período crítico da pandemia, as políticas voltadas para a proteção e o cuidado desses profissionais permaneceram insuficientes, perpetuando um ciclo de adoecimento negligenciado (2).

Diante desse cenário, o Programa de Acolhimento à Trabalhadora Hospitalar (PATHOS) surge como uma iniciativa voltada ao cuidado das trabalhadoras hospitalares do SUS em Betim, MG, buscando compreender e intervir sobre os impactos do trabalho em sua saúde física e mental.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo descrever a experiência do PATHOS, destacando suas ações e contribuições para dar visibilidade e acolhimento às trabalhadoras hospitalares no município de Betim, MG.

METODOLOGIA

O PATHOS foi um dos eixos de atuação do PET Saúde 2024/2026 – “De mãos dadas: PUC Minas e SUS Betim para ações de cidadania no trabalho”, aprovado no Edital PET-Saúde Equidade, do Ministério da Saúde. Com foco na promoção da equidade e valorização das trabalhadoras hospitalares do SUS em Betim, Minas Gerais, o programa desenvolveu suas atividades no Hospital Público Regional de Betim e no Centro Materno Infantil (CMI) do município. Sua equipe era composta por 11 alunos dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Direito e Psicologia, e orientados por 2 preceptoras

1 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: colamarcom@gmail.com

(uma enfermeira e uma assistente social), uma tutora (enfermeira e advogada) e a coordenadora geral (fisioterapeuta). Serão descritas aqui as ações dos primeiros 10 meses do projeto que contribuíram para o cuidado com essas trabalhadoras e para a visibilidade da sua condição de saúde e de trabalho.

RESULTADOS

Inicialmente, constatou-se que o município não possuía regulamentação específica para garantir a segurança e saúde dos servidores estatutários, embora essas exigências já estejam previstas para empresas privadas pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho. O município contava com um Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), responsável por registrar afastamentos e acidentes de trabalho. Para resolver essa lacuna, o PATHOS firmou parceria com o Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital e um grupo de pesquisa do curso de Direito da PUC Minas Betim, visando propor um projeto de lei ao município. Até agora, foram realizados levantamento bibliográfico, cronograma e busca por precedentes. Está prevista a participação do PATHOS na Plenária e na Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, em abril de 2025, para sensibilizar os delegados sobre a necessidade dessa regulamentação.

Por meio de entrevistas, observações e visitas semanais ao hospital, a equipe do PATHOS identificou os riscos ocupacionais dos setores: CTI, Pronto Socorro, Rouparia, Serviço de Nutrição e Dietética, Pediatria e enfermarias do CMI. Todos os dados já foram coletados, e estamos elaborando o Inventário de Risco para apresentar ao Hospital, CMI e SESMT do município.

Foram realizadas 6 oficinas voltadas para a valorização das trabalhadoras: “Café com Ideias” (apresentação do PATHOS e levantamento de demandas); “De mãos dadas” (prevenção ao suicídio); “A pessoa mais importante do mundo” (valorização pessoal); “Formas de enfrentamento ao racismo nosso de cada dia” (combate ao racismo); “O pato” (comunicação não violenta); “Viver bem!” (autocuidado). Participaram das oficinas 174 trabalhadoras no total.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O PATHOS tem desempenhado um papel essencial na valorização e proteção das trabalhadoras hospitalares do município de Betim, MG. As ações desenvolvidas têm contribuído para dar visibilidade às condições de trabalho, identificar riscos ocupacionais e fomentar debates sobre a regulamentação da segurança e saúde de todos os trabalhadores do SUS de Betim. As parcerias estabelecidas entre o município e a Universidade, vem fortalecendo a construção de um projeto de lei, enquanto as oficinas promoveram espaços de acolhimento e empoderamento das trabalhadoras do Hospital e do CMI. Os próximos passos incluem a finalização do Inventário de Risco e a participação na Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, buscando consolidar avanços na garantia de direitos e melhores condições laborais para os trabalhadores hospitalares.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Internacional do Trabalho Brasil. Iniciativa SmartLab: promoção do trabalho decente guiada por dados. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2025.
- (2) Machado MH *et al.* Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da covid-19 no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2023;28(10):2809-2822. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7GYcHBQ3mHLbKFY89VQsrHG/>

PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS FACILITADORAS

Jéssica Andressa Reis de Souza¹

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Lucas Lima de Carvalho

Natasha Pereira da Silva

Gabriela Delpino da Rocha

Tatiane Cardoso Azevedo

Robertha Bach Barreto

Gisele Venancio da Silva

Rodrigo Assumpção Rodriguez

Claudia Lima Campos Alzuguir

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A educação sexual e reprodutiva no Brasil surgiu para combater infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez precoce e promover o conhecimento sobre sexualidade. O planejamento familiar, implementado em 1990, visava sobretudo ampliar o acesso a métodos contraceptivos e reduzir a taxa de natalidade.

Porém, cabe ao planejamento familiar abranger práticas educativas em saúde, garantindo autonomia para indivíduos e famílias no controle da fertilidade. E a Estratégia Saúde da Família (ESF) é essencial nesse processo, pois, além de ofertar métodos contraceptivos, proporciona acesso a testes rápidos e atendimento qualificado, baseado na escuta ativa e na visão holística.

A Educação em Saúde fortalece o planejamento familiar ao capacitar a comunidade com ações baseadas nos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS) de Freire(1). Promovendo autonomia e valorizando o saber popular, essas práticas ajudam a reduzir gravidezes indesejadas, especialmente na adolescência.

No entanto, a assistência ao planejamento familiar enfrenta desafios ao priorizar a contracepção sem abordar amplamente a sexualidade. Muitas políticas tratam a mulher como objeto, ignorando a inclusão de diferentes gêneros e aspectos culturais. Além disso, há poucas opções contraceptivas e irregularidades em sua provisão.

OBJETIVO

Descrever as experiências vivenciadas em uma ação educativa sobre planejamento familiar para mulheres de uma comunidade do município do Rio de Janeiro.

1 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: jessica.reis683@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre uma ação educativa de Planejamento Familiar, realizada em uma comunidade vinculada a uma clínica da família no Rio de Janeiro. Com abordagem descritiva, fundamentada em Gil e método qualitativo segundo os pressupostos de Minayo, a atividade envolveu 2 equipes da Estratégia Saúde da Família, incluindo 2 enfermeiros, 1 técnica de enfermagem e 12 Agentes Comunitários de Saúde (2,3).

A ação ocorreu em 27/2/2023, com cerca de 55 mulheres que aguardavam a realização do exame citopatológico do útero. O local foi cedido por um centro religioso, situado em frente à associação de moradores da comunidade. Durante o evento, 1 enfermeiro realizou os exames enquanto o outro orientava sobre contracepção, prevenção de ISTs e preenchimento do passaporte reprodutivo para laqueadura.

O espaço foi previamente organizado para preservar a privacidade das usuárias. Os dados apresentados refletem as narrativas da equipe durante a preparação e execução da atividade, dispensando avaliação por comitê de ética. A discussão foi embasada na literatura científica, relacionando as práticas realizadas ao conhecimento disponível.

Essa ação surgiu pela alta incidência de gravidez na adolescência, evidenciando a importância da parceria com escolas no território. Assim, a equipe transformou a espera pelo citopatológico em um momento de troca de saberes, valorizando os conhecimentos locais e os determinantes sociais da saúde. Ademais, cabe ressaltar que antes da atividade foi feita uma escuta no território para entender a percepção das mulheres sobre o tema e adaptar o conteúdo à linguagem do público.

Na elaboração, os profissionais buscaram apoio na plataforma da Subsecretaria de Promoção da Saúde, mas encontraram poucos materiais além dos passaportes reprodutivos para vasectomia e laqueadura. Somente em 2024, foi lançado o “Guia Rápido–Planejamento Sexual e Reprodutivo”, abordando direitos sexuais e reprodutivos.

A predominância de abordagens centradas em intervenções cirúrgicas reduz o planejamento familiar a esterilizações, negligenciando a orientação reprodutiva. Esse modelo biomédico, pautado na ação curativa, contraria os princípios da promoção da saúde, que buscam capacitar a comunidade para decidir sobre seu próprio bem-estar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial nas práticas educativas alinhadas à EPS, pautado na integralidade, acesso inicial, orientação comunitária e competência cultural. Dessa forma, a discussão sobre métodos contraceptivos com mulheres reforçou o papel delas como multiplicadoras de cuidado.

Destacou-se o interesse pela Lei nº 14.443/2022, que permite a laqueadura sem consentimento do cônjuge(4). Além disso, a oferta do exame citopatológico no território elevou a adesão, apesar das barreiras socioeconômicas(5).

Por fim, uma participante apontou a ausência de discussões sobre concepção, indicando a necessidade de incluir o preparo pré-concepcional nas ações da APS, visando gestações mais saudáveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ESF é fundamental para o planejamento reprodutivo, pois atua como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, garantindo um acompanhamento longitudinal e coordenado dos indivíduos. A partir da experiência da equipe, foram identificadas dificuldades na implementação desse planejamento, como falta de capacitação profissional, lacunas na literatura científica, baixo investimento governamental, enfoque curativista na saúde e sobrecarga dos profissionais da APS.

Para enfrentar esses desafios, algumas estratégias são recomendadas: capacitação contínua dos profissionais de saúde e produção de materiais orientadores sobre planejamento reprodutivo; parcerias entre unidades básicas de saúde e escolas, para incluir temas sobre reprodução, contracepção e planejamento no currículo, reduzindo gravidezes indesejadas, abortos inseguros e ISTs; além da adoção de metodologias ativas em práticas educativas, promovendo a saúde de forma integral e adaptada às necessidades da comunidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Freire P. *Pedagogia del Oprimido*. Siglo XXI; 1985.
- 2 Gil AC. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- 3 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 4 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.
- 5 Silva SE *et al.* Social representations about the disease of women with cervico-uterine cancer. *Rev Pesqui.* 2016;8(1):3667. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3667-3678.

POLÍTICAS DO CORPO E DO PARENTESCO NO USO DAS BIOTECNOLOGIAS REPRODUTIVAS POR SUJEITOS LGBTQIA+

Aureliano Lopes da Silva Junior¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A presente proposta é parte de um projeto interinstitucional maior que tem como objetivo central analisar os sentidos de origem e filiação produzidos junto às famílias constituídas a partir do uso de biotecnologias de reprodução assistida, com destaque especial para os modos como transformações normativas e sociais mais recentes têm acionado de diferentes formas os campos biomédicos e jurídicos para sua constituição. No Brasil, não temos uma lei sobre reprodução assistida, de modo que sua regulamentação é feita pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que, desde a pioneira Resolução nº 1.358/1992 (1), vem atualizando regularmente os termos de tais Resoluções. Desde a Resolução CFM nº 1.957/2010, “Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, de acordo com a legislação vigente”(2), que abriu a possibilidade do uso das biotecnologias reprodutivas para sujeitos LGBTQIA+, especialmente casais homossexuais (3,4). Porém, cabe problematizarmos em que termos têm se dado o acesso destes sujeitos LGBTQIA+ às biotecnologias reprodutivas no Brasil.

OBJETIVO

Analisar os sentidos produzidos por e para sujeitos LGBTQIA+ em seu encontro com as biotecnologias reprodutivas e suas possibilidades de constituição de filiação e parentesco.

METODOLOGIA

Utilizamos-nos de pesquisa qualitativa de perspectiva cartográfica, de acordo com as pistas de Deleuze e Guattari e com a forma como a cartografia vem sendo desenvolvida no Brasil(5,6) visando acompanhar e analisar os processos de produção das subjetividades, bem como as práticas e instituições sociais relacionadas à constituição da parentalidade e parentesco no uso das biotecnologias reprodutivas. Nesta proposta, focaremos em reflexão teórico-conceitual e análise de mídias sociais públicas de sujeitos homossexuais que utilizaram as biotecnologias reprodutivas na constituição de seus projetos parentais e famílias.

RESULTADOS

Mesmo que cada vez mais pessoas venham fazendo uso das biotecnologias de reprodução assistida e tal uso seja concebido como o exercício de um direito sexual e reprodutivo, o acesso a tais

1

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: aurelianolopes@gmail.com

tecnologias ainda é muito restrito, visto implicarem em custos financeiros extremamente elevados e, como no caso do Brasil, estarem disponíveis quase em sua totalidade em serviços privados de saúde(7). Assim, esta proposta objetiva problematizar dois pontos principais: 1) Como a possibilidade e/ou direito de constituição de filiação e parentesco por sujeitos LGBTQIA+ são absolutamente marcadas por uma intersecção entre o poder biomédico e o estabelecimento de uma “verdade” da biologia—numa biologização do parentesco e de si—e o mercado das clínicas de reprodução assistida e as cadeias globais de bioeconomias reprodutivas; 2) Como esta captura pelo mercado e pelo poder biomédico produz imaginários sociais normativos e morais que acabam por estabelecer as condições de possibilidade para processos de subjetivação de sujeitos que, ainda que pudessem constituir formas minoritárias de relações de afeto, filiação e parentesco, acabam por reiterar normas tradicionais do que seria a “boa” e/ou a “desejada” filiação e, conseqüentemente, o “verdadeiro” parentesco. Na análise das mídias sociais de casais gays que utilizaram-se das biotecnologias reprodutivas, observamos como a própria biotecnologia é vista como um objeto de consumo e desejo e como o mercado da reprodução assistida (e conseqüentemente o de produtos para pais e bebês) se faz presente tanto diretamente enunciado como presumido nas narrativas e imagéticas ali produzidas, parecendo haver uma certa naturalização do mercado na própria biotecnologia reprodutiva e nos projetos parentais por ela tornados possíveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Hodiernamente, vemos o quanto mudanças sociais em prol da existência de sujeitos LGBTQIA+ e uma série de marcos legais garantiram direitos para que sujeitos LGBTQIA+ encontrem respaldos e/ou legitimidade social e legal para a constituição de suas famílias. As biotecnologias reprodutivas ampliaram as possibilidades de constituição de filiação e de parentesco e vêm promovendo mudanças consideráveis nas configurações familiares e projetos parentais de sujeitos LGBTQIA+. Porém, talvez possamos afirmar que na mesma medida em que seus direitos sexuais e reprodutivos realizam em seus projetos parentais, estes se inserem e são performativamente constituídos a partir do mercado e de normas regulatórias biologizantes que acabam por capturar o próprio desejo de filhos/as e/ou de família. Cabe, então, a defesa dos projetos parentais e de laços de parentesco de sujeitos LGBTQIA+ em sua diversidade e a afirmação de seus direitos sexuais e reprodutivos dentro do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Conselho Federal de Medicina. Resolução 1358/1992. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1992.
- (2) Conselho Federal de Medicina. Resolução 1957/2010. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2010.
- (3) Vitule C, Couto MT, Machin R. Casais de mesmo sexo e parentalidade: um olhar sobre o uso das tecnologias reprodutivas. *Interface-Comun Saúde Educ.* 2015;19:1169-80.
- (4) Silva Junior AL *et al.* Parentalidade e (m) trânsitos internacionais: a gestação de substituição entre casais gays brasileiros. *Encuentros Latinoamericanos.* 2021;5(2):202-23.

- (5) Passos E, Kastrup V, Escóssia LD, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2012.
- (6) Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2011;15:663-76.
- (7) Corrêa MCD, Loyola MA. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. Physis. 2015;25:753-77.

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL E OS DESAFIOS PARA A EQUIDADE REGIONAL DA FORMAÇÃO

Paula Beatriz de Souza Mendonça¹

Raquel Baroni de Carvalho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, a Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento e prática, está historicamente associada ao movimento da medicina social na América Latina. Emergiu como uma nova abordagem, com raízes na medicina social em oposição à medicina preventiva e à saúde pública tradicional, institucionalizada em três momentos: entre 1955 e 1970, com o projeto preventivista; de 1971 a 1979, com o fortalecimento do movimento da medicina social; e, a partir de 1980, com a estruturação do campo. A pós-graduação na área teve início na década de 1970 com a criação dos primeiros programas voltados à formação de profissionais e pesquisadores capazes de desenvolver uma produção científica crítica e reflexiva sobre o processo saúde-doença na população enquanto processo social. Desde 1993, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) avalia a área, tendo analisado 95 programas no último quadriênio (2017-2020), reconhecendo sua importância para a qualificação acadêmica, profissional e para quadros técnicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, o país atravessa um processo de reestruturação, especialmente em áreas como saúde e educação, que se tornam arenas de disputa. Em 2023, após intenso debate político, foi aprovada a regulamentação da profissão de sanitaria, reforçando a relevância da pós-graduação em Saúde Coletiva para a qualificação desses profissionais (1-3).

OBJETIVO

Analisar o cenário atual da pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil, três anos após a última avaliação quadrienal e a regulamentação da profissão de sanitaria, considerando sua distribuição regional, categoria administrativa, grau de formação acadêmica e modalidades.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório baseado na análise documental sobre os pós-graduação em Saúde Coletiva avaliados pela área da Saúde Coletiva. Entre os dias 03 e 05 de março de 2025 foram coletadas informações referentes aos programas no *site* (<https://sucupira.capes.gov.br/programas?area-avaliacao=22>) na Plataforma Sucupira da CAPES-área 22 referente à Saúde Coletiva². Foram selecionadas informações referentes a quatro categorias: modalidade (acadêmica ou profissional); grau de formação acadêmica; categoria administrativa do programa e distribuição regional. As informações

1 Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: paulabsmendonca@gmail.com

coletadas foram organizadas entre as categorias elencadas em uma planilha do programa *LibreOffice Calc* versão: 6.3.2.2 (x64) e foi posteriormente realizada a análise e dissertação dos resultados. Esta pesquisa foi realizada com dados documentais com informações de domínio público, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) conforme Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em 2025, há 101 programas avaliados na área de Saúde Coletiva, totalizando 147 cursos entre o grau de formação de mestrado e doutorado. Desses, 97,1% estão em funcionamento, enquanto 2,9% encontram-se em fase de implementação. Em relação à modalidade, 55,4% correspondem a programas acadêmicos e 44,6% a programas profissionais. A principal categoria administrativa é a Pública Federal, responsável por 64,7% estão vinculados a programas nas universidades federais, seguida pela Pública Estadual, com 24,8%, e pela iniciativa privada sem fins lucrativos, que representa 5,9%. A distribuição dos programas pelo país revela uma concentração na região Sudeste, que abriga 44,5% do total, seguida pelo Nordeste, com 27,8%. A região Norte apresenta a menor oferta, com apenas 5,9% dos programas, e, apenas, acadêmicos. Esses dados revelam assimetria entre as regiões, tanto para recursos e fomento de bolsas quanto para a oferta de vagas. Ao analisar os programas profissionais, observa-se sua forte articulação entre universidades e o mundo do trabalho, visando qualificar profissionais para a saúde e atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 45 programas profissionais existentes, 82,2% oferecem exclusivamente o mestrado profissional, enquanto 17,8% contemplam tanto o mestrado quanto o doutorado profissional. A distribuição regional dos programas profissionais seguem um padrão semelhante ao dos programas acadêmicos, com a maior concentração na região Sudeste, que abriga 48,8% do total, seguida pelo Nordeste, com 26,6%, e pelo Sul, com 13,3%. Na região Norte, não há programas profissionais, exceto aqueles ofertados em rede, como a Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF) e o Mestrado Profissional em Rede em Saúde da Família (PROFSAUDE), que possuem instituições nucleadoras na região.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil estão concentrados na região Sudeste em maior predomínio e com menor oferta na região Norte, revelam, as assimetrias entre as regiões, que pode impactar na oferta de vagas e recursos nos programas. Os programas profissionais seguem a distribuição dos acadêmicos e estão ausentes na região Norte, exceto pelos ofertados em Rede, que atuam como elo na capacitação, mas são necessários investimentos da área na região para ampliar a equidade na formação, como ocorre nas demais regiões. A maior oferta pública federal reflete a importância do setor para a qualificação de profissionais e pesquisadores alinhados ao campo reflexivo e crítico sobre a saúde em seu processo social. As assimetrias regionais dos programas traz à luz a necessidade de políticas que ampliem a equidade da formação na área no país, sobretudo após a regulamentação da profissão de sanitaria, onde a pós-graduação é um dos meios de qualificação profissional.

REFERÊNCIAS

- (1) Barata RB. O campo científico da saúde coletiva. *Saúde debate*. 2022;46(133):473–86. Doi: [10.1590/0103-1104202213316](https://doi.org/10.1590/0103-1104202213316).
- (2) Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Plataforma Sucupira área da Saúde Coletiva [Internet]. 2025 [acesso 2025 mar 5]. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/programas?area-avaliacao=22&search=&size=50&page=0>
- (3) Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Presidente Lula sanciona a lei que regulamenta a profissão de sanitaria no Brasil. 2023 [acesso 2025 mar 10]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/profissao-de-sanitarista-regulamentada-no-brasil-confira-como-foi-a-ce-rimonia/>

PREVENÇÃO DE HIV: PRAZER E PREVENÇÃO, SALVANDO VIDAS NA NOITE

Marco Túlio Martins Souza¹

Maria Eduarda Rabêlo Fernandes e Santos

Felipe Daiko Fraga

Abson Domingos de Oliveira Junior

André Macedo Dias

João Victor Duarte Ribeiro

Victor Carvalho Canjão

Nathália Pereira Rocha

Eduardo Neto Cunha de Melo.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/aids no Brasil segue como um desafio persistente da saúde pública, afetando de maneira desigual diferentes segmentos populacionais. Entre as populações-chave, os profissionais do sexo enfrentam barreiras estruturais e sociais que aumentam sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Dados epidemiológicos indicam que essa população apresenta um risco 13,5 vezes maior de contrair o vírus em comparação com a população geral (1). Fatores como a estigmatização, a discriminação institucional e a marginalização da atividade profissional contribuem para a baixa adesão a medidas preventivas e para a dificuldade no acesso a serviços de saúde (2,3).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel central no enfrentamento da epidemia de HIV/aids, sendo responsável por ofertar diagnóstico, tratamento gratuito e estratégias de prevenção. No entanto, a efetividade dessas ações entre profissionais do sexo ainda é limitada, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que deveria atuar como porta de entrada para essa população. O medo de julgamento e a desinformação sobre os direitos no SUS afastam muitos desses trabalhadores do rastreamento precoce e do acesso a estratégias como PrEP (profilaxia pré-exposição) e PEP (profilaxia pós-exposição) (3,4).

Embora o Brasil tenha registrado avanços na resposta ao HIV/aids, os dados recentes mostram que a epidemia persiste, sobretudo em populações mais vulnerabilizadas. Em 2023, foram notificados 541.759 casos de HIV, e a desigualdade racial também se reflete nesses números, com 63,2% dos novos casos ocorrendo entre pessoas negras. (2) O contexto evidencia a necessidade de fortalecer as políticas de saúde voltadas aos profissionais do sexo, garantindo atendimento humanizado, livre de estigma e integrado à APS (5,2).

1 Universidade Nove de Julho. E-mail: marcotulio.ms@uni9.edu.br

OBJETIVO

Promover educação em saúde sexual para profissionais do sexo, focando na prevenção de HIV/AIDS e outras ISTs e qualificar profissionais da Atenção Básica de Mauá por meio de educação permanente para reduzir barreiras no acesso à saúde e aprimorar o acolhimento e a equidade no SUS.

METODOLOGIA

A pesquisa utilizou uma abordagem mista, combinando técnicas qualitativas e quantitativas para entender as práticas de prevenção dessas mulheres e as barreiras enfrentadas no atendimento à saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais do sexo e trabalhadores da saúde, além de avaliações das UBS e do Centro de Referência quanto à oferta de testagem rápida e profilaxias. Entre agosto e novembro de 2023, foram desenvolvidas ações observacionais em um prostíbulo da cidade, onde foram distribuídos 576 preservativos, 200 frascos de lubrificante e 12 autotestes de HIV. Durante essas atividades, um vídeo educativo foi exibido, e rodas de conversa foram promovidas para discutir práticas de prevenção e autocuidado. Além disso, houve capacitação de estudantes universitários e profissionais de saúde para qualificar a abordagem humanizada dessa população na temática de prevenção combinada de HIV/AIDS e outras ISTs

RESULTADOS

Os resultados indicaram um impacto positivo da intervenção. Cerca de 10 trabalhadoras do sexo participaram das atividades, recebendo informações sobre PrEP, PEP e autoteste de HIV. Além disso, as UBS da região passaram a fornecer informações mais acessíveis sobre locais de testagem e prevenção de ISTs. No entanto, desafios significativos também foram observados. O fechamento do prostíbulo durante a implementação do projeto reduziu o alcance das atividades presenciais, enquanto a maioria das UBS não ofertava testagem de ISTs, direcionando apenas para o Centro de Referência em ISTs (CRI). Essa limitação dificultou o acesso da população-alvo ao diagnóstico precoce.

Outro problema identificado foi a falta de conhecimento sobre a PrEP e a PEP. Cerca de 67% das entrevistadas desconheciam a existência dessas profilaxias, demonstrando falhas na divulgação dessas estratégias preventivas. Além disso, algumas trabalhadoras relataram atendimento discriminatório ao buscar testagem para ISTs, reforçando a necessidade de capacitação dos profissionais da APS para oferecer um acolhimento adequado e livre de preconceitos. Relatos coletados durante o projeto evidenciaram essa realidade:

“Fui no postinho fazer um autoteste e a enfermeira me falou que só faziam em grávidas no pré natal” (Trabalhadora do sexo, 40 anos)

“Trabalho aqui há 10 anos e nunca tive um treinamento sobre IST” (Trabalhador da saúde, 47 anos)

“Eu nunca fiz um autoteste e eu nem sabia que existia um Centro de Referência” (Trabalhadora do sexo, 32 anos)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto evidenciou não apenas a importância da educação em saúde sexual para profissionais do sexo, mas também as falhas estruturais persistentes que limitam o acesso dessa população a serviços essenciais. Embora tenha sido possível ampliar o conhecimento sobre estratégias de prevenção, como PrEP, PEP e autotestes de HIV, os desafios enfrentados ao longo da implementação deixam claro que a precariedade no atendimento vai muito além da falta de informação: trata-se de um sistema que, ao não reconhecer plenamente as necessidades das populações-chave, perpetua desigualdades e negligências historicamente construídas.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico HIV/aids 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
- (2) Melo LMF *et al.* Comportamento de risco como fator de prevalência de ISTs em profissionais do sexo. *Braz J Development.* 2022;8(10):70157-70182.
- (3) Oliveira RR *et al.* Acesso à saúde pelas profissionais do sexo na atenção primária: uma revisão integrativa. *Scire Salutis.* 2021;11(3):100-107.
- (4) Silva DM, Costa IF. Saúde mental de mulheres profissionais do sexo. 2024.
- (5) Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 4211/2012. Regulamenta a atividade dos profissionais do sexo. 2012.

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE (INTEGRAL) DA POPULAÇÃO IDOSA: REFLEXÕES SOBRE INTERVENÇÕES EM GRUPO A PARTIR DO VIÉS PSICOSSOCIOLÓGICO, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Juliana de Souza e Costa Nazareth¹

Diovana Rodrigues de Assumpção

Tamires de Souza da Silva Balbino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O aumento significativo da população idosa no Brasil aponta a necessidade de um olhar mais atento e cuidadoso ao processo de envelhecimento. Dados do IBGE (Censo 2022) indicam um crescimento de 57,4% desta parcela da população, em relação ao Censo anterior (2010). No município de Petrópolis, as pessoas idosas já representam cerca de 21,3% do total de moradores, sendo a segunda cidade do estado do Rio de Janeiro com maior percentual de pessoas com mais de 60 anos. Diante da longevidade populacional, faz-se necessário desenvolver estratégias que previnam possíveis agravos e promovam a saúde desta parcela da população. A ideia de saúde integral, entendida para além das patologias — ainda que estas possam ser, de fato, mais frequentes nesta fase do desenvolvimento —, busca contemplar aspectos biopsicossociais, incluindo todas as dimensões da vida destes sujeitos: social, política, ambiental, econômica, física e mental. A psicologia então é convocada a desenvolver reflexões e práticas que contribuam para a vida plena e saudável dessa expressiva parcela da população. Bem-estar, qualidade de vida e a ascensão do protagonismo das próprias pessoas idosas ao longo de todo o processo — a despeito das fragilidades envolvidas — faz parte das estratégias adotadas para o desenvolvimento de intervenções em grupo de acordo com um viés psicossociológico (1,2).

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência que vem sendo desenvolvida com um grupo de pessoas idosas, homens e mulheres, a partir de 60 anos, buscando a prevenção e promoção de saúde de forma integral. Esse grupo é conduzido pelos discentes do último período do Bacharelado em Psicologia, no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/ Faculdade de Medicina de Petrópolis (UNIFASE/FMP), sob supervisão da autora.

METODOLOGIA

O encontro com o outro, proporcionado pelo grupo, possibilita o compartilhar de experiências, gerando uma troca dialógica, permitindo ao indivíduo se relacionar e se transformar a partir das interações vividas. O grupo de idosos, realizado no SPA da universidade, acontece semanalmente com duração de uma hora por encontro. É um grupo processual de estrutura semi-aberta, permitindo que ao longo de sua trajetória os integrantes possam decidir por dar continuidade ou interromper sua

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: juliana.nazareth@prof.unifase-rj.edu.br

participação. Não tem por objetivo ser terapêutico ou psicoterapêutico, e sim buscar a prevenção de agravos e promoção da saúde física e emocional dos participantes.

O grupo atualmente é composto por oito integrantes do gênero feminino. Durante os encontros é notório o processo de construção de uma rede de apoio afetivo e de acolhimento, demonstrando a potência do grupo. O espaço de troca é pautado na solidariedade, promovendo que as interações ocorram de maneira espontânea.

Neste sentido, a conduta utilizada pelas discentes se dá em conformidade ao conceito de promoção de saúde descrito pela Carta de Ottawa (1986)(3), a qual afirma se tratar de um processo de capacitação da população para que aja em prol do aumento da sua qualidade de vida, sendo necessária a participação ativa dessa comunidade no manejo do processo. As alunas se fazem presentes como facilitadores dos encontros, oferecendo apoio e acolhimento para os integrantes, a partir de uma escuta qualificada e ativa, visando oportunizar o reconhecimento e a ampliação de autonomia de suas vontades, desejos e decisões. A condução do grupo se dá a partir de um processo colaborativo, em que coloca-o como protagonista da cena, sempre com voz e espaço para determinar o caminho a ser trilhado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

De acordo com o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁴, o trabalho com grupos faz parte da rotina nas unidades de Atenção Básica e/ou Saúde da Família. Contudo, a população idosa geralmente se encontra enquadrada nos grupos voltados para hipertensão e diabetes, o que corrobora para a visão reducionista do envelhecimento focado no adoecimento. A psicologia vem buscando se atualizar no cuidado da população idosa. Um exemplo é a ação do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, que está desenvolvendo um conjunto de Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos Junto às Pessoas Idosas nas Políticas Públicas⁵. Portanto, o desenvolvimento de práticas de intervenção em grupo realizado no SPA na UNIFASE/FMP, tem como foco não apenas a integralidade da saúde — mas, visa a sua promoção e prevenção. Tais espaços são necessários para que a pessoa idosa reconheça suas possibilidades, sua participação na comunidade e assumir o seu protagonismo.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa Idosa: Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- (3) World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- (5) Falcão D. Psicogerontologia: perspectivas nacionais e internacionais. I Congresso Brasileiro de Psicogerontologia-CBPsiGer; nov 2024.

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA NA CAPITAL BAIANA

Elias Damacena Lima¹

Andrea da Silva Araújo Marques Novo

Fanny Eichenberger Barral

Leila Ambros Costa

Marla Niag dos Santos Rocha

Yan Borges Sales Filho.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A gestação pode ser vista como um fator de risco social no contexto da saúde pública, especialmente quando está associada à marginalização, à pobreza e à vulnerabilidade, como ocorre com mulheres grávidas em situação de rua. O acompanhamento pré-natal representa um dos principais instrumentos para a promoção da saúde durante a gestação, considerando todas as especificidades que esse período envolve (1). Nesse sentido, o programa em estudo foi criado em 2020 em uma Maternidade Escola de Salvador-BA, com o objetivo de promover a atenção integral e humanizada durante o pré-natal, parto e puerpério de pessoas em situação de vulnerabilidade social, incluindo aquelas em situação de rua. Este público, historicamente afetado por diversos determinantes sociais, é o foco do programa, que busca oferecer cuidados especializados e acolhedores durante essas fases cruciais da gestação e do pós-parto. Durante a gestação, as necessidades de saúde tornam-se mais intensas e específicas e a situação de rua agrava ainda mais esse cenário, aumentando o risco de desfechos obstétricos e neonatais negativos, como baixo peso ao nascer (<2500g), fetos pequenos para a idade gestacional, além de maiores taxas de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e períodos mais longos de hospitalização. Diversos fatores contribuem para o agravamento dessa situação, incluindo a baixa qualidade nutricional, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o uso de substâncias psicoativas, a coexistência de doenças físicas e mentais, bem como a falta de apoio emocional e financeiro. Nesse contexto, é essencial adotar uma abordagem interseccional para compreender as diversas trajetórias e experiências de vida dessas pessoas, pois esses fatores têm um impacto direto em seus processos de saúde e adoecimento.

OBJETIVO

Relatar a experiência das atividades de um programa de assistência a gestantes em situação de vulnerabilidade social, integrantes de um projeto assistencial desenvolvido em uma Maternidade Escola em Salvador-BA.

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: elias.damacena@ufba.br

METODOLOGIA

Este estudo apresenta um relato de experiência sobre as ações desenvolvidas por um programa institucional dedicado ao atendimento de pessoas durante o período gravídico puerperal em situação de vulnerabilidade social, incluindo aquelas em situação de rua. A metodologia adotada abrange a sistematização dos dados da população assistida entre os anos de 2020 a 2024. Essa abordagem permite uma reflexão crítica sobre os desafios e impactos do programa, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de assistência e acolhimento.

RESULTADOS

A Maternidade Escola em estudo localiza-se em região com alta prevalência de pessoas em situação de rua e vulnerabilidades sociais diversas. Nesse contexto, o programa surgiu com o objetivo de qualificar a assistência a essa população, reconhecendo a necessidade de um olhar mais atento e cuidadoso durante a gestação de pessoas em situação de rua. O programa oferece um atendimento humanizado, baseado na construção de um plano de cuidado no qual a pessoa participa ativamente da escolha das suas condutas, colocando-se no centro das decisões sobre seus próprios processos. Esse plano é discutido de maneira intersetorial, envolvendo, por exemplo, as Unidades de Saúde da Família e Consultórios na Rua. Durante o período analisado (2020-2024), foram realizados 126 atendimentos. As participantes tinham idades entre 12 e 46 anos, com uma média de 26 anos. A maioria se autodeclarou preta (115), cisgênero (122) e heterossexual (118). Cerca de 62 tinham ocupação, principalmente como vendedoras ambulantes, profissionais do sexo e recicladoras. Aproximadamente 104 viviam com até um salário mínimo, e 84 dependiam de benefícios sociais. Em relação à habitação, 63 estavam em situação de rua, e 86 já haviam dormido na rua. Em relação à gestação, 110 não usavam métodos contraceptivos e 116 não planejaram a gravidez. Foram diagnosticadas 48 com infecções sexualmente transmissíveis, destacando-se sífilis (34) e HIV (13). Esses dados evidenciam que a vulnerabilidade social impacta diretamente as condições de saúde dessas gestantes. Fatores como desemprego, subempregos e exposição constante a diferentes formas de violência física e mental configuram determinantes sociais que agravam ainda mais sua situação de risco e exclusão. Além disso, observam-se altas taxas de infecções sexualmente transmissíveis. De acordo com a literatura, a saúde dessa população é marcada por múltiplos agravos relacionados aos seus contextos de vida, incluindo ISTs, hepatites, tuberculose, dermatoses, escabiose, uso abusivo de álcool e outras drogas, além de sofrimento psíquico e baixa adesão ao uso de métodos contraceptivos (2). A análise dos dados reforça a relevância da continuidade e do fortalecimento do programa, sobretudo no que se refere à promoção da adesão ao cuidado e à ampliação do acesso a serviços de saúde essenciais, podendo, inclusive, servir como modelo para outras iniciativas voltadas a populações em situação de vulnerabilidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O cuidado à gestante em situação de vulnerabilidade social requer atenção especial quanto à assistência presente nas orientações detalhadas a cada uma, como forma de promoção à saúde e

prevenção dos agravos no percurso da gestação, além do cuidado continuado no período pós-parto (3). O programa tem grande potencial para gerar um impacto social positivo ao melhorar a qualidade de vida de uma população vulnerável. Ao focar na equidade e garantir acesso a cuidados de saúde adequados, ele serve como um modelo de integração de serviços. Além disso, ao sensibilizar profissionais de saúde sobre os direitos humanos e a importância da equidade, o programa se estabelece como uma ação replicável, com o poder de influenciar outros serviços e promover mudanças significativas no atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva SMO, Gomes LBSS, Freitas RCMV, Lima JA. A Assistência Pré-natal às Gestantes em Situação de Rua: Revisão Integrativa. Revista JRG. 2023;6(13):274-86. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/587>
- (2) Schervinski AC, Merry CN, Evangelista IC, Pacheco VC. Atenção à saúde da população em situação de rua. Rev Eletr Extens. 2017;14(26):55-64. doi:10.5007/1807-0221.201.
- (3) Araujo AS, Santos AAP, Lúcio IML, Tavares CM, Fidélis EPB. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. Rev Enferm UFPE on line. 2017;11(supl.10):4103-10.

PROJETO SER AGENTE: DISCUTINDO O CONTROLE SOCIAL COM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Larissa Ellen Ferreira de Brites¹

Jesiane de Fátima Aguiar Medeiros

Ângela Lino de Souza

Corina Aparecida de Paiva Vidal

Jacqueline do Carmo Reis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Equidade, 2024/2026, parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Betim com a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais vem desenvolvendo o projeto: De mãos dadas: PUC Minas e SUS Betim para ações de cidadania no trabalho, com quatro frentes de atuação, entre elas o eixo III: SER AGENTE. Neste eixo, o objetivo principal é promover acolhimento e ações de educação permanente de valorização das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com vistas ao desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a equidade de gênero e prevenção de violências. Inicialmente, foram realizados encontros de conversação entre os atores envolvidos, visando compreender as demandas e necessidades para nortear o planejamento das oficinas e atividades do projeto. Visando o fortalecimento do trabalho das ACS, surgiu a relevância do tema Controle Social. No SUS existe a garantia da participação popular na definição das políticas de saúde através da Lei 8142 (1). Promover espaços de discussão sobre participação social com as ACS é fundamental para trazer à tona questões de suas condições de trabalho e formas de enfrentar os desafios diários, como a falta de recursos e a sobrecarga de trabalho, tendo suas necessidades reconhecidas. A inclusão das ACS nos espaços de controle social também é um passo importante para a promoção da equidade em saúde.

OBJETIVO

Relatar a experiência das oficinas sobre Controle Social realizadas com as ACS pelo projeto PET Saúde SER Agente. Com as oficinas buscamos garantir que as ACS fossem ouvidas promovendo uma maior representatividade e favorecendo um espaço para a construção de soluções compartilhadas que contemplem as realidades e problemas vivenciados na rotina de trabalho. Também discutiu-se sobre os direitos e deveres das ACS, capacitando-as a atuarem como agentes de transformação social em suas comunidades.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do PET Saúde SER Agente com o envolvimento de alunos, professoras, técnicas da SMS Betim e ACS. As oficinas foram realizadas em 16 Unidades Básicas de

1

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: larissa.brites@sga.pucminas.br

Saúde de Betim entre os meses de março e abril de 2025. Para iniciar realizou-se a apresentação dos facilitadores e dos participantes. Explicou-se os objetivos da oficina reforçando a importância do controle social e o que se esperava alcançar com a atividade. Na primeira etapa foi realizada uma dinâmica, onde cada ACS recebia um balão e todas juntas teriam que manter os balões no ar, refletindo sobre a importância do trabalho em equipe. Também apresentou-se um vídeo sobre o papel das conferências de saúde e um espaço de conversa sobre mitos e verdades relacionados ao tema, visando provocar reflexões. Para ajudá-las a identificar os locais de controle social no território, foi apresentado um mapa de Betim para elas identificarem os espaços onde estes ocorrem e refletirem sobre o controle social nesses locais. Isso proporcionou um Brainstorming com propostas concretas para fortalecer o controle social em suas esferas de atuação. Para avaliação da oficina utilizou-se a técnica visual por emojis.

RESULTADOS

As oficinas realizadas possibilitaram um espaço de escuta ativa, troca de experiências e fortalecimento do papel das ACS como protagonistas em seus territórios e incentivo a cidadania visando o engajamento das mesmas nas discussões e ações relacionadas à saúde pública. Foram contempladas 16 UBS de Betim

- MG, alcançando a participação de 80% das ACS vinculadas a esses serviços de saúde. A escuta empática foi essencial para promover um ambiente de diálogo, permitindo que as participantes se sentissem valorizadas e abertas para expressarem suas reflexões e posicionamentos sobre o tema. Inicialmente, a dinâmica dos balões favoreceu o acolhimento do grupo e a compreensão da importância da cooperação no cotidiano profissional. A apresentação de um vídeo e o debate sobre mitos e verdades da participação popular possibilitaram reflexões críticas sobre a atuação das ACS nos espaços de controle social. O uso do mapa de Betim foi uma ferramenta eficaz para visualizar e localizar os espaços de participação social no território, estimulando o reconhecimento e a valorização desses locais, além de incentivar a participação ativa das ACS nas decisões relacionadas à saúde pública, destacando a importância de sua voz e atuação na construção de políticas de saúde. Durante o brainstorming, as ACS sugeriram ações concretas, como maior divulgação das reuniões dos conselhos locais de saúde e estratégias de mobilização comunitária. A avaliação final com emojis demonstrou que a maioria das participantes se sentiu satisfeita e motivada a participar mais ativamente dos espaços de controle social. Os relatos das ACS apontaram que as oficinas foram momentos de aprendizado, fortalecimento de vínculos e reconhecimento do seu papel como agentes transformadoras no SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As oficinas contribuíram significativamente para a valorização das ACS, resgatando o sentido político e social do seu trabalho. O processo educativo e participativo permitiu o fortalecimento do protagonismo dessas trabalhadoras, que reconheceram sua importância na luta por direitos e na construção de políticas públicas de saúde mais justas e equitativas. Ao refletirem sobre seu papel nos

espaços de controle social, as ACS demonstraram disposição para se engajar mais ativamente nesses espaços, fortalecendo o SUS a partir das vivências e saberes do território. As atividades reforçaram a importância de iniciativas que promovam acolhimento, escuta qualificada e formação contínua, fundamentais para a construção de uma saúde mais democrática e participativa.

REFERÊNCIAS

- (1) 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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: A SAÚDE DA MULHER E O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, BOA VISTA, PETRÓPOLIS/RJ.

Camila do Nascimento Christ¹

Esthefanie Parreira Mello Dias

Débora da Costa Faraco

Juliana Galdino Conti

Kethlen Vitória de Paula Lima

Rian do Nascimento Campos

Thalita Fialho

Brigitte Olichon

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Proporcionar ensino, pesquisa e extensão na graduação é fundamental para a formação profissional, o que tem sido oportunizado por meio do Currículo Integrado em Nutrição Social (CINUS), que contempla disciplinas do eixo social do curso de Nutrição, do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE), viabilizando aos alunos, desde os primeiros períodos, a vivência da teoria no campo de prática nas Unidades de Saúde da Família (USF). Tem como objetivo entender as demandas da comunidade, especialmente através da escuta ativa e observação da realidade local, até a proposta de intervenção, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem como propósito acolher e apoiar famílias, indivíduos ou grupos que enfrentam desafios relacionados à saúde e bem-estar. Nesse contexto, entender as necessidades de diferentes grupos ajuda a criar estratégias mais eficazes para promover a saúde. A alimentação, que influencia diretamente a qualidade de vida, deve ser adaptada a cada fase da vida, especialmente durante a menopausa, período que, quando não cuidado adequadamente, está associado a um aumento do risco de obesidade, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e osteoporose. Nesse contexto, a adoção de bons hábitos alimentares é fundamental para ajudar na prevenção dessas condições [1].

OBJETIVO

Desenvolver um PTS com um grupo de costureiras, com foco na alimentação saudável, e nos impactos da menopausa, além de buscar estabelecer o vínculo dessas mulheres com a USF Boa Vista do município de Petrópolis/RJ, através de intervenções nutricionais e educacionais.

1 Centro Universitário Arthur de Sá Earp Neto. E-mail: Camiladnc@alu.unifase-rj.edu.br

METODOLOGIA

O PTS foi construído pelos acadêmicos de Nutrição com as costureiras de uma confecção da área de atuação da USE, identificadas pela agente comunitária de saúde devido a dificuldade em frequentar a unidade no horário de trabalho. Aplicou-se um questionário via Google Forms, para investigar hábitos alimentares e aspectos de saúde. O questionário incluiu um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) adaptado, e questões que abordaram ingestão de água, idade, presença de doenças crônicas não transmissíveis, além do número de residentes no mesmo domicílio. Explorou-se ainda temas de interesse das mulheres, destacando-se “menopausa e alimentação”. Por conseguinte, foram elaboradas intervenções estratégicas, com foco inicial em ações de curto prazo, a fim de promover melhorias na qualidade de vida. A partir dos dados coletados e dos resultados encontrados, construíram-se materiais educativos, como um e-book de receitas e *folders* sobre menopausa e ciclo menstrual. Também definiram-se metas semanais personalizadas para estimular mudanças positivas no estilo de vida. Essas ações visaram fornecer orientações práticas e fortalecer o vínculo, promovendo um envelhecimento saudável.

RESULTADOS

O estudo incluiu 11 mulheres, sendo 55% com 50 anos ou mais. Em relação aos hábitos alimentares, 73% consomem alimentos ultraprocessados e 82% consomem embutidos regularmente. Em relação aos alimentos in natura ou minimamente processados, 18,3% consomem frutas diariamente e 9,1% nunca as consomem. Quanto aos legumes, 9,1% os consomem diariamente, e 27,3% raramente. Já as verduras são consumidas de uma a duas vezes por semana por 45,5% das participantes, e 27,3% consomem raramente. Alguns estudos demonstram que uma alimentação saudável ajuda a reduzir a gravidade de ondas de calor, suor e insônia [2-4]. Em termos de saúde, 73% das participantes relataram ter passado pela menopausa. Também foi observado que 73% delas têm dificuldades para dormir, acordando frequentemente à noite, e 63,3% apresentam queda de cabelo e fragilidade nas unhas, que é considerado normal durante esse período, mas que, com alimentação saudável, é possível ser controlado. [2]. Em relação à atividade física, 72,7% são sedentárias. Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), 50% estão em sobrepeso ou obesidade. Com base nos resultados, foram desenvolvidas intervenções para promover um envelhecimento saudável, incluindo rodas de conversa, distribuição de *folders*, desafios semanais e jogos de mitos e verdades, realizados em dois encontros. Ao final, um e-book com receitas doces saudáveis foi entregue às participantes para melhorar a qualidade alimentar. Ademais, observou-se que essas medidas foram eficazes no fortalecimento do vínculo com a USE, potencializando um acompanhamento contínuo da saúde das participantes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que a construção do PTS promoveu o estabelecimento de vínculo entre as costureiras e a USE. O trabalho realizado neste semestre é parte de um plano mais amplo, que prevê resultados positivos também em médio e longo prazos, contribuindo para uma abordagem integral

e sustentável do cuidado. A experiência vivida é um exemplo claro de como iniciativas comunitárias podem transformar realidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. O PTS promoveu uma experiência enriquecedora, tanto para os alunos quanto para as costureiras, com momentos de muita troca e aprendizado, e gerou ainda um espaço de diálogo e reflexão sobre as demandas específicas do grupo. Para os universitários, a prática em campo fomentou a integração à realidade de prática da Nutrição Social, sendo responsável por proporcionar uma perspectiva inovadora, capaz de incentivar a construção de futuros profissionais empáticos, e o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e competências.

REFERÊNCIAS

- [1] Erdélyi A *et al.* The importance of nutrition in menopause and perimenopause—A review. *Nutrients*. 2024;16(1):27.
- [2] Fernandes DB, Constante VEV. Alimentação na menopausa. *Rev Saúde Foco*. 2024;(16):294-304.
- [3] Philippi ST. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. São Paulo: Manole; 2019.
- [4] Mattos AF, Souza GJ, Neumann KRS. Fitoterápicos: uma alternativa na redução dos sintomas do climatério. *Rev Multidiscip Nordeste Mineiro*. 2022;7(1):1-21.

PROJETOS DE VIDA DE JOVENS MÃES PERIFÉRICAS, UMA PERSPECTIVA LONGITUDINAL

Livia Cerf Quintero¹

Lara de Carvalho Guimarães

Ladyany Soares Silva

Érica Dumont Pena

Carla Andrea Trapé

Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A juventude periférica está inserida em um contexto social e histórico que reafirma as desigualdades de classe, raça e gênero. Neste contexto, a maternidade na juventude apresenta diversas contradições e desafios para conquista dos projetos de vida almejados. Nesse contexto, a periferia é entendida como uma construção social que cumpre uma função no capitalismo brasileiro e que, assim, possui características sociais, políticas e econômicas próprias(1). Assim, entender o espaço onde as jovens periféricas estão inseridas, conhecendo as necessidades do território, seu tempo e suas relações, contribui no entendimento de suas necessidades de saúde e relações sociais. Somado a isso, a gravidez na juventude é considerada um problema de saúde pública por ser, em sua maioria, não planejada e associada à vulnerabilidade socioeconômica(2). Embora comum em várias classes sociais, ocorre principalmente na juventude pobre e, dessa maneira, pode reproduzir padrões e problemas socioeconômicos, mas também pode ter potencial de fortalecimento com a possibilidade de proporcionar mudança para comportamentos saudáveis e maior satisfação pessoal(2,3). Nesse contexto, os projetos de vida são ferramentas importantes para pensar e repensar a própria história e o futuro por meio da construção do autoconhecimento, da autopercepção dos desejos e do entendimento do contexto socioeconômico em que se vive.

OBJETIVO

Tendo em vista a realidade de jovens das regiões periféricas que se tornaram mães na juventude e a necessidade de mudanças significativas em seus planos de vida iniciais, a finalidade deste trabalho foi entender se as políticas públicas existentes podem responder às necessidades apresentadas por essas jovens, ainda que em tempos diferentes do planejado. Assim, este estudo tem como objetivo compreender como a maternidade na juventude impacta no projeto de vida de jovens periféricas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal de abordagem qualitativa que compõe uma pesquisa longitudinal, realizada em duas etapas. A primeira etapa foi realizada no ano de 2021 com

1

E-mail: liviacq2@gmail.com

nove jovens de 16 a 18 anos. A segunda etapa foi realizada dois anos depois, em 2023, com seis jovens que aceitaram continuar a participar do estudo. O local de desenvolvimento do estudo consiste na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde na região nordeste de Belo Horizonte. O bairro é caracterizado por ter sido uma ocupação e possuir o maior Índice de Vulnerabilidade Juvenil (57,1) da Regional Nordeste da cidade de Belo Horizonte⁴. A coleta de dados foi realizada em ambiente privado, por meio de entrevistas semi estruturadas, que continham perguntas sobre as mudanças ocorridas após a gestação, sobre os projetos que se realizaram e os que não se realizaram, as dificuldades e facilidades encontradas, a rede de apoio, a relação com o pai da criança, os métodos contraceptivos utilizados atualmente, os relacionamentos, violências e os planos para o futuro. Em ambas as fases as entrevistas foram gravadas, transcritas e tratadas com software MAXQDA 24 para análise temática de conteúdo.

RESULTADOS

Participaram do estudo seis jovens mães periféricas, evidenciando os desafios na realização de seus projetos de vida. A maioria adiou seus planos devido às responsabilidades maternas, dificultando o retorno à escola e a entrada no mercado de trabalho. Apenas duas conseguiram estudar novamente com apoio familiar, mas a falta de políticas públicas pós-nascimento foi um grande obstáculo, incluindo suporte educacional, acesso a creches e condições para conciliar estudo e trabalho. As aspirações dessas jovens reforçam padrões de gênero e reprodução social, priorizando estabilidade financeira e moradia. O ciclo de exploração se perpetua pela precarização do trabalho e pela ausência de suporte externo. Jovens com maior apoio familiar relataram experiências mais positivas, enquanto escolas e serviços públicos não foram citados como apoio efetivo. Quatro jovens mantêm relação com os pais das crianças, que contribuem financeiramente, mas não dividem igualmente os cuidados. A presença paterna ajudou algumas a retomarem os estudos ou conseguirem emprego. No cuidado infantil, os papéis de gênero foram reafirmados: mães assumem tarefas diárias, pais, a responsabilidade financeira. A maioria foi excluída da escola após a gravidez e ainda não voltou a estudar. A sobrecarga materna e a necessidade de contribuir com a renda dificultam esse retorno, levando muitas a optarem pela EJA devido à defasagem idade-série e ao ambiente escolar hostil. O planejamento reprodutivo, essencial à autonomia, foi inacessível. Nenhuma jovem relatou discussões sobre educação sexual ou participação dos parceiros em escolhas contraceptivas, revelando a carência de políticas inclusivas. Urge que políticas públicas promovam justiça reprodutiva, garantindo acesso à saúde, respeito à autonomia e rompendo ciclos de desigualdade de gênero, classe e raça.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A maternidade na juventude não deve ser vista apenas como um obstáculo aos projetos de vida, pois as jovens podem encontrar nela motivação para buscar melhores condições. No entanto, as responsabilidades maternas impõem desafios que adiam seus planos, exigindo respostas imediatas às demandas diárias. As políticas públicas existentes focam na prevenção da gravidez precoce, mas falham em oferecer suporte social às jovens mães. A maioria enfrenta exclusão escolar, trabalhos precarizados,

pouca rede de apoio e ausência paterna, o que as distancia de seus objetivos. Destaca-se a negligência da escola e dos serviços de saúde, que deveriam oferecer alternativas para garantir a continuidade dos estudos e o acesso a direitos básicos. A falta de políticas públicas eficazes reforça desigualdades sociais e limita as possibilidades de autonomia dessas jovens, tornando essencial a criação de ações que contemplem a maternidade na juventude de forma integrada e inclusiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Rodrigues F, Furno JC. Juventude da periferia: reflexões iniciais com base na formação brasileira. *In*: Martin L, Vitagliano LF, organizadores. Juventude no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2019. p. 13-25.
- (2) Feltran EC, Mota MJB, Bulgarelli JV, Leme PAT, Guerra LM, Gondinho BVC. Percepções de mães adolescentes acerca das expectativas e experiências da maternidade na adolescência. *Rev APS*. 2022;25(1):89-106.
- (3) Brandão ACC, Rodrigues EMFA, Gedeon GM. Assistência de enfermagem da estratégia de saúde da família ao pré-natal de gestantes adolescentes. *Res Soc Dev*. 2024;13(3):e1213345130.
- (4) Prefeitura de Belo Horizonte. Estatísticas e indicadores. Índice de vulnerabilidade juvenil de Belo Horizonte [Internet]. 2024 [citado 2024 mar 2]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-juvenil-de-belo-horizonte>.

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DA AUTOESTIMA ENTRE TRABALHADORAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

Vitória Regina Assis Reis¹

Amanda Gonçalves de Souza

Gabriel Silva Baleeiro

Natália Priscila Mota de Abreu

Rayanne Rodrigues Rosa

Sara Cristina Zam

Wilma Dantas Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O mês de outubro é internacionalmente conhecido pela prevenção do câncer de mama e do colo do útero, o chamado “Outubro Rosa”. Atualmente, o controle do câncer de mama é uma prioridade da agenda de saúde do Brasil e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DCNT), 2021-2030 (1). Neste sentido, considerando o cuidado com as trabalhadoras, o Hospital Público Regional de Betim (HPRB) foi *locus* de uma intervenção do grupo tutorial do PET Saúde/Ministério da Saúde intitulado Projeto de Acolhimento à Trabalhadora Hospitalar (PATHOS). O grupo formado por alunos e docentes da PUC Minas em Betim, além de profissionais de saúde do SUS Betim, planejou uma ação sobre a temática, possibilitando a reflexão acerca da autoestima e do autocuidado. Mouro e Souza (2) abordam o autocuidado para além das ações tangíveis, abrangendo uma mentalidade de autocompaixão e autoaceitação. Para Novelli (3), a prática do autocuidado implica em reconhecer que cuidar de si mesmo não é egoísta, mas é, na verdade, essencial para que possamos estar em condições de cuidar do outro. Considerando tais premissas, a intervenção teve por objetivo promover, por meio de uma intervenção, a reflexão acerca do autocuidado de mulheres trabalhadoras de um Hospital Público de grande porte.

OBJETIVO

Relatar a experiência do grupo tutorial do PET Saúde com trabalhadoras de um hospital público de grande porte participantes de uma intervenção do Outubro Rosa visando promover reflexão sobre autoestima e autocuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, na modalidade de relato de experiência. O estudo refere-se à ação desenvolvida pelo grupo tutorial do Programa de Ensino pelo Trabalho (PET), com

1 Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais. E-mail: vitoriafisiobetim@gmail.com

o objetivo de promover a reflexão sobre o autocuidado entre as trabalhadoras do Hospital Público Regional de Brasília (HPRB) durante o Outubro Rosa.

Na semana anterior à execução da atividade, os extensionistas confeccionaram caixas, colocando um espelho no seu interior, e lembranças que seriam entregues às trabalhadoras. A dinâmica “Caixa do Objeto Misterioso” consistiu na apresentação da caixa com a mensagem: “Aqui há algo muito importante, que merece amor, cuidado e respeito”. As trabalhadoras foram incentivadas a adivinhar o conteúdo da caixa e, ao abri-la, viam-se no espelho. Em seguida, foram convidadas a refletir sobre sua imagem, identidade e autocuidado. Ademais, abordou-se temas como exames preventivos, alimentação saudável e atividade física. Para finalizar, as participantes receberam ímãs em formato de coração, com a mensagem: “Você merece: amor, cuidado e respeito”. Além disso, os espelhos dos banheiros femininos receberam dizeres, como “Você merece: amor, cuidado e respeito”.

RESULTADOS

As ações do Outubro Rosa, desenvolvidas pelos extensionistas durante visitas de campo, ao longo do mês de outubro de 2024, alcançaram 141 trabalhadores, de 6 setores distintos. Os setores envolvidos foram aqueles já contemplados pelo PATHOS, de modo que o vínculo construído anteriormente contribuiu para o resultado final.

Foram decorados 14 espelhos dos banheiros de funcionárias com a frase: “você merece amor, respeito e cuidado”. Esta mensagem também foi escrita no ímã recebido por cada participante ao final da dinâmica “Caixa do Objeto Misterioso”. As ações possibilitaram acolhimento, atenção e descontração diante da surpresa e das palavras ditas em torno do “mistério da caixa”. Ver o rosto refletido no espelho foi impactante e contribuiu para o estímulo ao autocuidado das trabalhadoras envolvidas, tornando a experiência positiva. O resultado foi satisfatório diante da adesão e dos *feedbacks* positivos, como demonstrações de gratidão e diálogos sobre a importância do autocuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A intervenção junto às trabalhadoras do HPRB foi exitosa. Curta, rápida e de fácil aplicação, ela pôde ser realizada no local onde a profissional se encontrava, favorecendo a adesão de grande número de participantes. Uma intervenção que instiga a curiosidade das mulheres, já que um objeto misterioso estava dentro da caixa e a reação de quem se via no espelho também motivava a interação com as demais colegas de trabalho. A entrega de um ímã, ao final da ação, constituiu excelente estratégia de demonstração de afeto e cuidado, sendo recebida por todas as mulheres com expressão de gratidão. A dinâmica possibilitou atingir a autorreflexão das participantes para o autocuidado, principalmente por incluir profissionais da saúde—responsáveis pelo cuidado com o outro, e, muitas vezes, omissas no cuidado consigo.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- (2) Moura KC, Souza JCP. O autocuidado na perspectiva psicológica do exercício laboral da enfermagem: compreensão fenomenológico existencial. *Rev Contemporânea*. 2023;3(11):21137–21160. DOI: 10.56083/RCV3N11-065.
- (3) Novelli LV. A mulher e o cuidado de si: diálogos possíveis. *Linha Mestra*. 2019;13(37):31-38.

REFLEXÕES DE UMA IMIGRANTE HAITIANA NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE SOBRE A BARREIRA LINGUÍSTICA DOS HAITIANOS NO ATENDIMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Leandro David Wenceslau¹
Judette Jean Baptiste Monace

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Brasil tem recebido um crescente fluxo migratório do Sul Global, especialmente de Venezuela, Bolívia e Haiti. Entre 2022 e 2024, 481 mil imigrantes foram regularizados, 139,2 mil solicitaram refúgio e 87,5 mil foram reconhecidos (1). Muitos enfrentam dificuldades socioeconômicas e barreiras linguísticas, comprometendo o acesso a direitos básicos, como saúde e trabalho (2). A vulnerabilidade é evidente entre os haitianos, cujo aumento no Cadastro Único reforça as dificuldades enfrentadas.

A Lei nº 13.445/2017 garante igualdade de direitos, incluindo acesso ao mercado de trabalho, justiça e saúde, independentemente do status migratório (3). No entanto, observa-se que os haitianos enfrentam barreiras linguísticas que impossibilitam o acesso pleno a tais direitos especialmente na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Este trabalho parte da minha própria experiência e da convivência com outros imigrantes haitianos para discutir como a barreira linguística afeta diretamente o acesso ao SUS e quais caminhos têm sido buscados para melhorar essa realidade, como o uso de tecnologias de interpretação. Vale destacar que o SUS assegura o direito à saúde para todos, sem discriminação (4), mas a efetivação desse direito enfrenta desafios específicos no caso dos haitianos. Na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a barreira linguística tem dificultado o acesso dos imigrantes haitianos aos serviços públicos de saúde.

OBJETIVO

Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar minha vivência como migrante haitiana residente na Região Metropolitana de Belo Horizonte, tanto como usuária do SUS quanto como apoiadora de outros imigrantes haitianos. O foco é evidenciar os desafios da barreira linguística e refletir sobre o papel das tecnologias de interpretação instantânea para promover um cuidado mais humano, equitativo e culturalmente sensível.

METODOLOGIA

Cheguei ao Brasil em 19 de fevereiro de 2017 para estudar Psicologia, mas logo enfrentei uma das maiores barreiras: a língua portuguesa. Desde tarefas simples, como fazer compras e pegar

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: 08276401104@estudante.ufjf.br

ônibus, até situações mais complexas, como buscar atendimento de saúde, tudo se tornou desafiador. A dificuldade de comunicação afetou minha saúde mental e física, levando-me a desmaiar em um ônibus e ser hospitalizada. No hospital, sem compreender o que os profissionais diziam, precisei aguardar um amigo para traduzir. Essa situação revelou como a barreira linguística compromete diretamente o atendimento.

Ao longo dos anos, vi que minha experiência não era isolada. Em 2021, uma jovem haitiana grávida enfrentou complicações no final da gestação. Sem falar português, teve dificuldade para ser atendida, e, apesar de minha ajuda como tradutora online, o atendimento foi insuficiente. Infelizmente, tanto ela quanto o bebê faleceram, evidenciando como a falta de comunicação pode ser fatal.

Durante minha participação em uma pesquisa sobre migração haitiana, visitei a comunidade haitiana de Jardim Industrial e me envolvi com suas atividades (5). Ao ganhar a confiança dos moradores, pude entender melhor suas dificuldades. Percebi que a barreira linguística vai além do diagnóstico médico: ela impede um atendimento mais humanizado e culturalmente sensível. Em 2023, ao atuar como instrutora de português, notei que muitos haitianos evitavam o SUS por medo da comunicação. Como estagiária na Secretaria Municipal de Direitos Humanos em 2022, acompanhei diversos imigrantes em suas demandas, mas, apesar do suporte, os problemas persistiram.

Essas experiências revelam que, apesar das leis de equidade, o acesso à saúde ainda não é verdadeiramente inclusivo para imigrantes haitianos. A barreira começa na formação profissional dos agentes de saúde e se estende à falta de recursos técnicos, como a tradução instantânea. É urgente implementar soluções eficazes para garantir que os imigrantes tenham um atendimento digno no SUS, superando as barreiras linguísticas que ainda os excluem dos seus direitos básicos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao longo da minha trajetória no Brasil, percebi que a barreira linguística vai muito além das dificuldades do dia a dia, ela pode ser uma questão de vida ou morte. Mesmo com leis que garantem direitos iguais, muitos haitianos ainda encontram obstáculos significativos no acesso à saúde. Como migrante e usuária do SUS, vivi essas dificuldades na pele e acompanhei histórias de outras pessoas que passaram pelo mesmo. Vi mãe perder seu filho por falta de comunicação e conheci imigrantes que evitam buscar atendimento por medo de não serem compreendidos. Diante disso, acredito que a tecnologia pode ser uma grande aliada para tornar o SUS mais acessível. Mas, mais do que ferramentas, precisamos de profissionais sensibilizados e preparados para acolher quem vem de fora. O direito à saúde deve ser garantido para todos, independentemente da língua que falamos. Meu desejo é que esse relato contribua para uma mudança real, promovendo um cuidado mais humano e inclusivo.

REFERÊNCIAS

- (1) Cavalcanti L, Oliveira T, Silva SL. Relatório Anual OBMigra 2024. Série Migrações. Brasília, DF: OBMigra; 2024.
- (2) Noronha C, Vilela A. CadÚnico e os desafios da inclusão dos migrantes no Brasil. Rev Polít Públicas. 2023;18(2):45-62.
- (3) Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a nova Lei de Migração e regulamenta os direitos dos migrantes no Brasil. Diário Oficial da União. 2017 maio 25.
- (4) Paim J. O Sistema Único de Saúde (SUS): origem, evolução e desafios. Saúde Debate. 2009;33(81):180-94.
- (5) Monacé JK. Dyaspora haitianos no Brasil, voye kòb e famílias no Haiti: vínculos sociais, múltiplas estratégias de reprodução e dyasporizaçã [tese]. Palmas: Universidade Federal de Tocantins; 2021.

RELAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO COM O DESFECHO DE ÓBITO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG

Nicole Ferreira Netto¹

Juliana de Oliveira Faria

Ana Beatriz Querino Souza

Gisele de Paula Abrahão

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

Erika Andrade e Silva

Suellen Cristina Dias Emidio

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Rede Alyne Pimentel é o programa do Ministério da Saúde que tem a finalidade de garantir atendimento integral às gestantes, puérperas e crianças, além da redução da morte materna infantil. Morte materna são os óbitos ocorridos durante a gestação, parto, pós-parto ou aborto, por uma causa relacionada a gravidez, ou agravada pela mesma, independente da sua duração ou no período de 42 dias após seu término. A meta da Rede Alyne é reduzir essa taxa em 25% até 2027, enfrentando assim, desafios socioeconômicos e demográficos da população brasileira [1].

Apesar das políticas públicas terem melhorado o acesso das mulheres aos serviços de saúde, a mortalidade materna ainda é alta. Em 2020 cerca de 287.000 mulheres morreram no mundo no período gravídico-puerperal, sendo 95% dessas mortes em países de renda baixa e média-baixa. A maioria das complicações desenvolvidas nesse período são evitáveis ou tratáveis [2].

Distúrbios hipertensivos da gravidez se configuram como a primeira causa de morte materna no Brasil, seguidos por, hemorragia, infecções, complicações no parto e abortamento inseguro [3]. A vigilância e o controle adequado da pré-eclâmpsia para garantir a saúde e segurança tanto da mãe quanto do bebê, fazem-se necessárias pois observam-se elevadas taxas de complicações maternas, infantis e fetais, inclusive a prematuridade, que é uma das principais causas de óbito intrauterino e neonatal [4].

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi avaliar a relação de Síndromes Hipertensivas maternas nos casos de óbito infantil registrados no ano de 2023, no município de Juiz de Fora-MG.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo que utilizou os documentos de notificação e investigação de óbito materno-infantil avaliados pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal do município de Juiz de Fora, no ano de 2023. As variáveis avaliadas foram: idade, raça/cor,

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: nicole.fernet@gmail.com

escolaridade, história reprodutiva, doenças pré-existentes à gestação com desfecho de óbito infantil, assistência pré-natal, diagnósticos de síndromes hipertensivas, hemorragia pós-parto, descolamento prematuro da placenta, idade gestacional no parto, via de parto, óbito infantil e fetal e peso ao nascer.

RESULTADOS

Foram avaliadas 116 documentos, que correspondem a todos os casos de óbito infantil e fetal notificados no ano de 2023 em Juiz de Fora, MG. Cerca de 87,9% das mulheres tinham entre 20-59 anos, sendo 57,7% da raça negra, que em sua maioria possuíam a escolaridade de ensino médio completo.

Quanto a história reprodutiva, 66,3% estavam na segunda gestação ou mais e 28,4% mulheres haviam sofrido pelo menos um aborto. Além disso, os dados de pré-natal incluem 77,5% das mulheres com uma média de seis consultas iniciadas a partir do 2º mês. As doenças pré existentes mais citadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica (17%), Sífilis (10%) e Infecção no Trato Urinário (8%). Das doenças existentes durante a gestação com desfecho de óbito infantil, ocorreu novamente a predominância de Síndromes Hipertensivas na gestação (41%) e Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (10%), totalizando mais de 50% dos casos com incidência de alterações pressóricas. Após a hipertensão, os maiores índices foram novamente de Infecção do trato urinário, com 27%, e 21% com sífilis. Além disso, 12 mulheres tiveram hemorragia pós-parto. A média de semanas completadas na gestação foi de 30 semanas, 51,7% foram parto cesárea e 48,2% vaginal, com uma média de peso de 1.560g, com o mínimo de 260g e o máximo de 3.790g. Cerca de 55,1% foram mortes infantis e 44,8% fetais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As síndromes hipertensivas são comuns na gestação e a principal causa de morbimortalidade materna no mundo. Essas condições podem levar a complicações graves para a mãe e para o feto.

Dentre as mulheres que tiveram perdas fetais e neonatais nesta pesquisa, a maioria eram negras. Elas vivem em piores condições de vida, saúde, renda e escolaridade, além de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que aumenta o risco de morrerem e/ou perderem seus filhos.

A via de parto deve ser avaliada, priorizando o parto vaginal sempre que possível, para evitar riscos cirúrgicos e reduzir sangramentos.⁵ Os dados encontrados trazem pontos importantes para nortear políticas públicas que geram melhorias e segurança na saúde das mulheres. Falhas na detecção precoce de doenças gestacionais, seu manejo e tratamento são causas de morte evitáveis que contribuem para que, apesar das reduções na taxa de mortalidade perinatal, esta ainda seja uma preocupação no âmbito da saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

- (1) Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2024. 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>
- (2) World Health Organization. Geneva: WHO; c2025 [acesso 2025 abril 19]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- (3) Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>
- (4) Prematuridade; uma questão de saúde pública: como prevenir e cuidar. Brasília, DF; Ministério da Saúde; c2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrn/comunicacao/noticias/prematuridade>

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PRODUÇÃO DE MATERIAL MULTILÍNGUE SOBRE SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP

Beatriz Costa Cespedes¹

Maria Carolina Oliveira Carvalho

Julia Poloni Meira

Luma Carvalho de Almeida

Mariana Melim Firmino de Queiroz

Marta Campagnoni

Mariá Lanzotti Sampaio

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação médica deve estar aliada a um projeto de ensino pautado na equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como considerar a diversidade sociocultural dos usuários (1). Em São Paulo, apesar de importantes iniciativas(2), parte das populações migrantes enfrenta barreiras sociais, linguísticas e culturais no acesso à saúde (3-6). Concomitante a estes desafios, mulheres migrantes podem experimentar desafios adicionais relacionados a questões de gênero. Além disso, por vezes, atuam como ponte entre a comunidade e os serviços públicos. Assim, este estudo relata a experiência de elaboração de um guia multilíngue sobre saúde da mulher migrante em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de reduzir as barreiras de acesso(8) a mulheres migrantes na região central do município (3,6,7).

OBJETIVO

Descrever o processo de elaboração de um guia multilíngue sobre saúde da mulher migrante em uma UBS de São Paulo. O material visa reduzir barreiras de acesso ao SUS, oferecendo informações sobre pré-natal, planejamento familiar, saúde sexual e prevenção da violência contra a mulher. A experiência buscou promover a integração entre ensino, serviço e comunidade, contribuindo para a equidade no atendimento a populações migrantes.

METODOLOGIA

O estudo é um relato de experiência (9) desenvolvido por cinco discentes do quinto ano de medicina durante o internato em Saúde Coletiva de uma faculdade do município de São Paulo em maio de 2024. O referido estágio possui sete semanas e nestas, estão contempladas quatro idas a uma UBS do município na qual os discentes devem realizar um projeto de intervenção condizente com as necessidades locais. Para a construção do guia, realizou-se: 1) diagnóstico situacional e encontros com

1

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. E-mail: biaccsespedes@gmail.com

profissionais e usuárias migrantes para identificar demandas; 2) revisão de literatura sobre saúde da mulher migrante e acesso ao SUS; 3) elaboração do material via Canva, traduzido para espanhol, inglês, francês e coreano; 4) validação por profissionais da UBS e docentes; e 5) finalização e disponibilização digital via QR code. O conteúdo do guia foi estruturado com ilustrações e informações acessíveis e considerou aspectos culturais e linguísticos das usuárias(7).

RESULTADOS

A revisão da literatura e o diagnóstico territorial evidenciaram que, apesar da heterogeneidade das vivências, a desinformação sobre o SUS e outros direitos, as barreiras linguísticas e culturais, a sobrecarga de trabalho e a vulnerabilidade socioeconômica ainda se constituem como desafios enfrentados por parte das mulheres migrantes em São Paulo(3-6,10,11). Os encontros com profissionais e com usuárias migrantes e nacionais da UBS buscaram promover espaços de escuta e protagonismo para o reconhecimento das demandas a serem trabalhadas(12). Diante disso, observou-se a importância da disseminação de informações essenciais, culturalmente sensíveis e que pudessem contribuir para a participação ativa das usuárias em seus cuidados de saúde(7). O material abordou temas prioritários, como acesso ao SUS, saúde sexual e reprodutiva e prevenção da violência (13), garantindo clareza por meio de traduções multilíngues. As discussões com profissionais da UBS com fins de validação do material reforçaram a relevância do conteúdo para a aplicação prática no serviço (12). A distribuição do material via QR code ampliou o alcance, permitindo que as agentes comunitárias de saúde compartilhassem as informações com um maior número de mulheres migrantes⁸. Além disso, a experiência demonstrou o impacto positivo da articulação entre academia, serviço de saúde e comunidade, fortalecendo o ensino médico voltado para a realidade social dos territórios atendidos pelo SUS (1,13). Possibilitou também fortalecer processos formativos que reconheça os atravessamentos dos determinantes sociais em saúde nos processos de saúde-doença das mulheres migrantes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência demonstrou a importância promover atividades formativas que contribuam para a promoção de equidade e enfrentamento das desigualdades no acesso à saúde. A construção do material multilíngue, elaborado a partir de demandas das próprias trabalhadoras e usuárias pode contribuir para a autonomia e a ampliação do acesso à saúde de populações migrantes. Além disso, a experiência reforçou a importância da aproximação entre ensino, serviço e comunidade, para a formação médica humanizada e crítica. Por fim, o estudo destacou a necessidade de políticas públicas que valorizem a diversidade cultural e incentivem a participação ativa da população na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina 1. Perfil Do Formando Egresso/Profissional. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>.
- (2) ACNUR. Plano do Município de São Paulo de políticas para imigrantes 2021-2024. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/10/Plano-do-Munic%C3%ADpio-de-S%C3%A3o-Paulo-de-Pol%C3%ADticas-para-Imigrantes-2021-2024.pdf>
- (3) Sampaio ML, Almeida ACG, Silveira C, Matsue RY, Martin D. Repercussões socio sanitárias da pandemia por Covid-19 para imigrantes e refugiados no Brasil: uma revisão narrativa da literatura. REMHU: Rev Interdisciplinar Mobilidade Humana. 2023;31:219-39.
- (4) Oliveira AC, Butikofer EA, Vêras MPB. Migração e periferização: o caso dos haitianos em Guaianases/SP e os desafios do pertencer. 2020;8(16):196-224.
- (5) Silveira C, Martin D, Goldberg A. La vida confeccionada entre retazos de tela: trabajo, vivienda y salud en inmigrantes bolivianos de la ciudad de São Paulo. Trabajo y sociedad. 2019;(32):431-49.
- (6) Cespedes B, Macedo RM, Silveira C, Coviello DM. Acesso à saúde por mulheres migrantes internacionais e refugiadas no município de São Paulo no contexto da pandemia de Covid-19. Rev. Med. 2024;103(2):e-215894.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica No 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf/view>.
- (8) Marsiglia R, Silveira C, Carneiro Junior N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde e Soc. 2005;14(2):69-76.
- (9) Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos Pesq Psicol. 2019;19(1):223-237.
- (10) São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim CEInfo: saúde em dados. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2021. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529
- (11) Santos IZ *et al.* Atenção à saúde no processo de parturição de mulheres imigrantes: uma revisão de escopo. Online Brazilian J Nurs. 2024. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6734/html_pt.
- (12) Brito *et al.* Importância da extensão universitária na formação profissional: projeto canudos. Rev enferm UFPE. 2019;13:e242189. Doi: 10.5205/1981-8963.2019.242189..
- (13) Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos básicos de atenção básica: Saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

REORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNA INFANTIL NO BRASIL A PARTIR DA REDE ALYNE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Carolina Passos Sodré¹

Richardson Jorge Almeida Meirelles

Mariana Camargo Tumonis Oliveira

Ana Beatriz Dias Pacheco

Mariana Rodrigues de Carvalho

Roseni Pinheiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As redes de atenção à saúde foram inicialmente descritas a partir do Relatório Dawson de 1920 com a proposta de garantir acesso com equidade para toda uma população. Através do relatório, termos como territorialização, articulação entre saúde pública e individual, associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão são apresentados. Em relação a organização dos serviços, houve a formulação de conceitos sobre níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, coordenação da assistência pela atenção primária à saúde e referência. A saúde materno infantil brasileira apresenta como dados preliminares da Razão de Morte Materna (RMM) de 2021, 107,53 óbitos por 100 mil nascidos vivos (1). O compromisso estabelecido pelo país a partir dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é a de reduzir até 2030, o número de óbitos para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos (2). Nos últimos anos foi avaliado que número de mortes maternas no Brasil a cada 100 mil nascidos vivos aumentou 94,4% no Brasil durante a pandemia de COVID-19, retrocedendo para níveis registrados no início dos anos 2000. Esses achados evidenciam que o Brasil ainda permanece longe das metas estabelecidas e precisa repensar a rede de atenção materno infantil.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo refletir sobre o processo de reconfiguração da rede de atenção materno infantil a partir da Rede Cegonha para a Rede Alayne.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, realizada por meio de revisão bibliográfica. Foram analisadas publicações oficiais do Ministério da Saúde, legislações pertinentes, relatórios técnicos e artigos indexados em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A seleção das fontes seguiu critérios de relevância, atualidade e relação direta com o tema da reorganização da rede materno-infantil no Brasil. A análise dos documentos e estudos considerou a evolução histórica da Rede Cegonha e a transição para a Rede Alayne, enfatizando desafios estruturais e operacionais.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: c.sodrepassos@gmail.com

A interpretação dos dados foi conduzida à luz do referencial teórico sobre redes de atenção à saúde, visando identificar os principais avanços, lacunas e perspectivas para a qualificação da assistência materno-infantil no país.

RESULTADOS

A partir dos anos 2000, sob influência de acordos internacionais firmados através das metas do milênio, o Ministério da Saúde (MS) verificou que a mortalidade materna e infantil permanecia elevada no país devido ao grande número de intervenções medicalizadas. (3). Para a organização da rede materno infantil, o Ministério da Saúde, institui a Rede Cegonha que apresentava como proposta fornecer um plano de ações estruturada através de quatro componentes.

Embora a Rede Cegonha tenha implementado a vinculação da gestante a sua maternidade, uma pesquisa de 2024, evidenciou que no Estado do Rio de Janeiro, aproximadamente 19% das gestantes precisam se deslocar de seu município de residência para realizar parto hospitalar no SUS e na última década e houve aumento do percentual de gestantes que se deslocaram, acompanhado por um aumento das distâncias percorridas e do tempo de deslocamento para chegar ao hospital. Esses achados podem sugerir que a demanda da gestante não está sendo suprida com a distribuição dos serviços de atenção no território (4) dados do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os principais desafios enfrentados para qualificação do acolhimento destas mulheres envolvem a pouca integração entre a atenção primária e os outros serviços que compõe a rede de cuidados, incluindo a maternidade. Pesquisas apontam que a dificuldade de comunicação entre diferentes serviços para viabilizar a vinculação da gestante é um fator importante de peregrinação pela busca de assistência ao parto (5) profissionais de saúde e puérperas; análise documental; e observação in loco. A matriz foi composta com as cinco diretrizes da RC. Para julgamento da adequação da implantação, foi utilizado como parâmetro: adequado; parcialmente adequado e não adequado. Todas as diretrizes foram avaliadas como parcialmente adequada, exceto a ambiência que foi não adequado. A atenção ao parto e nascimento encontra-se em estágios diferenciados de implantação com variações entre as grandes regiões. As regiões Sul e Sudeste, apresentaram situação privilegiada quanto ao grau de implantação da maioria dos itens analisados. Os resultados evidenciam que a avaliação das ações da RC deve fazer parte do alicerce de informações empregadas no direcionamento de políticas e regulamentação na atenção hospitalar ao parto e nascimento.

Abstract Using a judgment framework, this article analyzes the degree of implementation of the best practices in labor and childbirth care contained in the guidelines of the Rede Cegonha (RC).

A partir de todas as fragilidades encontradas na implantação e execução da Rede Cegonha e manutenção das altas taxas de mortalidade no Brasil, o MS propõe sua reformulação para a Rede Alyne no final do ano de 2024. O nome da rede possui relação com o caso da gestante Alyne Pimentel e foi vítima de negligência médica.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O caso Alyne Pimentel ocorreu antes da criação da Rede Cegonha e demonstrou diversos problemas relacionados a temas como vínculo, referência e contrarreferência, comunicação, negligência, acesso, regulação e direitos humanos. É visível que o Brasil avança na construção de políticas públicas centradas nas necessidades materna infantil, entretanto, diversos desafios apresentados anteriormente relacionados a assistência pré-natal, parto e puerpério ainda permanecem.

Embora a rede materno infantil tenha sido reformulada, desafios como a ausência de um prontuário unificado, divergências loco regionais e a distribuições e alocações de recursos ainda estarão presentes. Desta forma, a discussão sobre a Rede Alyne que possui implantação recente no Brasil deve estar em destaque para que seja possível fornecer e garantir uma atenção à saúde de qualidade para as mulheres.

REFERÊNCIAS

- (1) UNFPA. Situação da População Mundial 2022: vendo o invisível. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas; 2022.
- (2) ONU. Documentos Temáticos: ODS 1, 2, 3, 5, 9, 14. Haroldo Machado Filho; 2017.
- (3) Cavalcanti PCDS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALRD, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013;23(4):1297–316.
- (4) Felipe LL, Albuquerque PC, Lopes JF, Zicker F, Fonseca BDP. Desigualdades regionais no acesso ao parto hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: redes de deslocamento, distância e tempo (2010-2019). *Cad Saúde Pública*. 2024;40(5):e00064423.
- (5) Bittencourt SDDA, Vilela MEDA, Marques MCDO, Santos AMD, Silva CKRTD, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc saúde colet*. 2021;26(3):801–21.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ana Clara Barboza Da Silva Tavares¹

Lucas Guimarães Soares

Carina Bulcão Pinto

Gláucia Alexandre Formozo

Júlia Pereira Neto

Isis Vanessa Nazareth

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No século XVIII, o processo de gestar e parir acontecia integralmente em domicílio, assistido por mulheres conhecidas como parteiras, que respeitavam o sistema fisiológico humano durante a assistência ao parto (1). Com a evolução da atenção à saúde da mulher, no que tange o ciclo gravídico, no século XX, ocorreu a disseminação tecnológica presente no processo de hospitalização do parto, que passou a invisibilizar o protagonismo e a fisiologia da mulher (2). Nesse contexto, emerge a discussão sobre violência obstétrica (VO). No Brasil nomeada VO, mas, conhecida internacionalmente como *disrespect and abuse during childbirth*. Esse tipo de violência ocorre durante o período gestacional da mulher desde a confirmação da gravidez e se estende até o puerpério, período que se caracteriza até 42 dias após o parto(3). A VO é exercida por profissionais de saúde frente a gestante e sua família, pode acontecer em qualquer fase da gestação, por exemplo, durante as consultas de pré-natal, como também, na maternidade durante o pré-parto e parto, podendo deixar marcas físicas e psicológicas nas mulheres(1).

OBJETIVO

Analisar as representações sociais de gestantes acerca da VO.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, pautada na Teoria das Representações Sociais, está sendo entendida como uma modalidade de conhecimento particular, desta forma, cada mulher comunica e se comporta sobre a VO da maneira como a compreende. Participaram 30 gestantes que realizaram pré-natal pelo SUS em um Centro de Especialidades Médicas localizado em Macaé na região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro, no qual são realizados atendimentos de pré-natal de risco habitual e alto risco, por equipe multiprofissional. Foi aplicado um questionário socioeconômico-profissional e um roteiro semiestruturado de entrevista individual. A análise dos dados deu-se por estatística descritiva, com o auxílio do *software Excel* e processado

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: tavaressilva096@gmail.com

pelo *software* IRAMUTEq® através da análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que objetiva classificar os léxicos de forma estável e definitiva, formando conjunto de vocábulos de acordo com a sua frequência de aparição no *corpus* textual. A pesquisa respeitou todas as normas e diretrizes preconizadas pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 580/2018 e foi aprovada através do parecer nº 6.559.321.

RESULTADOS

Houve predominância de mulheres entre 23 a 27 anos, com ensino médio completo, em atividade remunerada, casadas, convivendo com 4 pessoas na residência em imóvel alugado. A renda familiar variou entre 1 e 2 salários mínimos e o companheiro é o principal responsável financeiro. O aproveitamento textual pelo *software* IRAMUTEq® alcançou 79% dos STs, resultando 6 classes semânticas que revelaram conteúdos relacionados às fontes de informação sobre VO para educação de gestantes frente aos seus direitos e o relato de experiências a partir de vivências para caracterização de VO, divididos em dois blocos respectivamente. Sobre as fontes de informação acerca da VO, foi possível notar a fragilidade no conteúdo adquirido pelas participantes em relação à construção do seu conhecimento, uma vez que a *Internet* é o principal local onde as gestantes buscam tirar suas dúvidas sobre o tema, sem atentar-se para a fonte. O acesso diário das mulheres a fontes inseguras é uma realidade que compromete diretamente a vulnerabilidade social deste grupo populacional. Neste sentido, há variáveis que não dependem unicamente do indivíduo, mas sobretudo, dos meios de comunicação, da escolaridade do sujeito, da disponibilidade de recursos, de estar livre de coerções e violências, entre outros. Sobre a caracterização da VO, a violência física foi citada com maior frequência, representada pela manobra de kristeller(4) e episiotomia, mas também há conteúdos que se relacionam ao poder dos profissionais em retirar a autonomia da mulher, como, por exemplo, exigir que a parturiente fique na posição de litotomia durante o parto vaginal(4). As gestantes objetivam a episiotomia como “*corte*” e ou “*piczinho*” e a manobra de kristeller como “*subir em cima da barriga*” ou “*dar um empurrãozinho*”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

À luz da representação social, ao contarem suas experiências de vida, as participantes acessam o objeto (VO) e citam exemplos de VO. Esta objetivação representacional se torna concreta, a partir da elaboração explicativa que elas utilizam para discorrer sobre os tipos de VO, sem representar seus nomes científicos. Com isso, a ancoragem da VO está relacionada às relações de poder entre profissionais de saúde e pacientes, onde o primeiro tem conhecimento e se utiliza disso para perpetrar a violência física e verbal no ambiente do parto(5), enquanto as parturientes, que se encontram vulneráveis naquele momento, acabam sofrendo VO, por não saberem identificar claramente o que é, ou por se sentirem inferiores. Neste sentido, faz-se necessário a implementação de estratégias de orientação em saúde no pré-natal e a capacitação dos profissionais de saúde sobre seus deveres neste contexto do parto.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
- (2) Brasil. Violência obstétrica [acesso 15 novembro 2022]. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf.
- (3) Costa LD *et al.* Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo. Rev Enferm UFPE. 2022;16:e252768. Doi: 10.5205/1981-8963.2022.252768.
- (4) Araújo AAC *et al.* Manobra de Kristeller: há benefício nesta técnica? Biblioteca Virtual da Saúde [Internet]. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150698>.
- (5) Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

REVISÃO SISTEMÁTICA RÁPIDA: INVESTIMENTO EM SANEAMENTO BÁSICO E REDUÇÃO DE CUSTOS AO SETOR SAÚDE

Ana Gabriela Costa Normando ¹

Claudia Gonçalves Siqueira

Izabela Fulone

Pedro Emanuel do Nascimento Fernandes

Érika Soares de Oliveira Patriota

Beatriz Regina Lima de Aguiar

Gabriela Bardelini Tavares Melo

Fernanda Madeira de Ley Botelho da Cunha

Marta Roberta Santa Coelho

Fábio Henrique Cavalcanti de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A relação entre saneamento básico e saúde é amplamente reconhecida, influenciando diretamente na redução da incidência de doenças relacionadas ao saneamento inadequado (DRSAI), como diarreia, hepatite A e leptospirose (1). Essas doenças afetam majoritariamente populações em situação de vulnerabilidade, com impacto desproporcional em crianças, idosos e comunidades marginalizadas. O acesso universal a serviços de água potável e saneamento adequado está alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, demandando investimentos robustos, integrados e sustentáveis por parte dos governos e da sociedade civil. Estudos indicam que esses investimentos resultam em redução significativa dos custos em saúde, diminuindo hospitalizações e aumentando a produtividade (2), especialmente em países de baixa e média renda, onde os déficits de infraestrutura são mais evidentes. Além disso, o saneamento adequado contribui para a equidade em saúde, promovendo melhorias duradouras na qualidade de vida da população. Neste contexto, a presente revisão sistemática rápida sintetiza evidências sobre os impactos econômicos dos investimentos em saneamento e os benefícios à saúde pública, considerando diferentes cenários geográficos e socioeconômicos.

OBJETIVO

Analisar a relação entre investimentos em saneamento básico e a redução de custos no setor saúde, destacando a efetividade das intervenções em termos econômicos e de saúde pública. A intenção é oferecer uma visão abrangente sobre como políticas públicas voltadas para o saneamento podem ser estratégias custo-efetivas, com potencial de gerar retornos econômicos e sociais expressivos no curto e no longo prazo, sobretudo em contextos de fragilidade dos sistemas de saúde.

1

E-mail: claudia.siqueira@saude.gov.br

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática rápida (3), com buscas em 6 bases de dados e literatura cinzenta, incluindo repositórios institucionais e bancos de dados governamentais. Foram incluídos estudos de avaliação econômica, ensaio clínico randomizado, estudos caso-controle e documentos institucionais que analisaram os impactos financeiros dos investimentos em saneamento, tanto em contextos urbanos quanto rurais. As etapas metodológicas seguiram as diretrizes do PRISMA, além da realização de análise de risco de viés adequada com a utilização de ferramentas validadas, específicas para cada tipo de delineamento de estudo (4). A seleção e extração dos dados foram realizadas por revisores independentes, com resolução de divergências por consenso. A síntese dos achados foi feita de forma narrativa e tabular, com categorização por tipo de intervenção, região geográfica e desfecho econômico avaliado, permitindo uma compreensão mais detalhada dos resultados disponíveis.

RESULTADOS

Dos 2.798 estudos identificados, 17 atenderam aos critérios de elegibilidade. Os achados apontam que o benefício econômico é cinco vezes maior do que o valor investido em saneamento e duas vezes maior do que o investimento em abastecimento de água potável. Dessa forma, os investimentos em água potável e saneamento melhorado são altamente custo-efetivos. Evidências demonstraram que intervenções relativamente simples, como a construção de latrinas, proteção de fontes de água e instalação de sistemas de tratamento domiciliar, geram economia significativa ao sistema de saúde. Foram identificados estudos que apontam para reduções significativas em hospitalizações por DRSAIs, caso houvesse investimento adequado, assim como investimentos relativamente pequenos teriam elevado impacto na redução de custos com tratamento, morbidade, mortalidade, e ganhos com horas de trabalho, frequência escolar e anos de vida vividos sem incapacidade. Adicionalmente, benefícios indiretos foram observados, como melhora nos indicadores de desenvolvimento infantil, redução do absenteísmo escolar e laboral, e aumento da renda familiar, demonstrando o efeito multiplicador das políticas públicas de saneamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados sintetizados nessa Revisão Rápida mostraram que todos os tipos de melhorias implementadas para o abastecimento de água potável e/ou saneamento acarretaram benefícios econômicos e de saúde para a população de todas as regiões do mundo. As intervenções se mostraram vantajosas não apenas do ponto de vista financeiro, mas também em termos de promoção da justiça social e ambiental. Especificamente no cenário brasileiro, estimativas mostraram que um investimento eficiente e relativamente pequeno teria um elevado impacto na redução das hospitalizações por DRSAIs e, por sua vez, nos gastos evitados no setor saúde e na produtividade nacional. Tais achados reforçam a importância de incorporar evidências econômicas nas decisões de planejamento e alocação de recursos, destacando o saneamento como um eixo estruturante da saúde pública e do desenvolvimento sustentável. Assim, promover o acesso universal e equitativo ao saneamento deve ser uma prioridade

estratégica de governos, organizações internacionais e atores do setor privado, com vistas à melhoria da qualidade de vida e à construção de sociedades mais resilientes e saudáveis.

REFERÊNCIAS

- (1) Ferreira DC, Grazielle I, Marques RC, Gonçalves J. Investment in drinking water and sanitation infrastructure and its impact on waterborne diseases dissemination: The Brazilian case. *Sci Total Environ*. 2021; 779:146279. Doi: 10.1016/j.scitotenv.2021.146279.
- (2) Hutton G. Global costs and benefits of reaching universal coverage of sanitation and drinkingwater supply. *J Water Health*. 2013;11(1):1-12. Doi:10.2166/wh.2012.105.
- (3) Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Rapid Response Reference Lists and Summary of Abstracts Reports Process. CADTH; 2015.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de produção de evidências para apoio à tomada de decisão: Portfólio de Produtos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019 [acessado 12 março 2025]. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servico_producao_apoio_evidencias_tomada_deci_sao_portifolio_produtos.pdf

SAÚDE LGBTQIA+ E O DIREITO A ENVELHECER NO BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL

Isabel Cristina Lopes Barbosa¹

Dalia Romero

João Liu N D V do Amaral

Nathalia Andrade

Pedro Moraes Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população LGBT tem historicamente enfrentado desigualdades no campo da saúde, marcadas por violências simbólicas e institucionais que atravessam o ciclo de vida. A invisibilidade do envelhecimento LGBTQIA+ na pesquisa e nas políticas públicas de saúde constitui um desafio à equidade e à integralidade do cuidado, especialmente no contexto brasileiro. A heteronormatividade e a cisnormatividade que estruturam o sistema de saúde contribuem para a escassez de dados sobre as especificidades da população LGBTQIA+ idosa, dificultando o planejamento e a implementação de ações voltadas a esse grupo. Entre os poucos estudos existentes, predominam abordagens centradas na infecção pelo HIV/AIDS em homens gays, relegando outras vivências – como as de mulheres lésbicas, pessoas bissexuais, travestis e pessoas trans – a uma posição marginal. Além disso, o campo da epidemiologia muitas vezes falha em incorporar dimensões interseccionais como gênero, raça/cor, classe social e território. Diante disso, compreender como a produção científica tem abordado a saúde da população LGBTQIA+ ao longo do tempo, especialmente no que diz respeito ao envelhecimento, é fundamental para subsidiar políticas públicas e práticas de cuidado que reconheçam a diversidade sexual e de gênero de forma intergeracional (1-3).

OBJETIVO

Analisar criticamente a produção científica sobre saúde da população LGBTQIA+ no Brasil, entre os anos de 2000 e 2025, com ênfase nos estudos epidemiológicos e na representação do envelhecimento LGBTQIA+ nesse corpo de literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise integrativa que abrange o período de 2000 a 2025, considerando produções já publicadas até abril de 2025.

Os critérios de inclusão dos artigos englobam abordar inquéritos ou amostra de saúde, estudar a população LGBTQIA+ brasileira e estar disponível integralmente. Ficaram de fora artigos com estudos exclusivamente qualitativos e revisões. Optou-se pela inclusão de artigos que utilizem métodos mistos (quantitativos e qualitativos) pois compreende-se a importância de abordagens múltiplas.

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: isabelclbarbosa@gmail.com.

Foram extraídas informações como: ano de publicação, fonte de dados (inquéritos, bases secundárias ou dados primários), amostra e critérios de seleção, identidade de gênero e orientação sexual abordadas, práticas sexuais mencionadas (HSH, MSM, MTSH), indicadores de saúde analisados (ISTs, saúde mental, violência, discriminação, uso de substâncias, COVID-19, acesso aos serviços de saúde), abrangência geográfica, presença de recorte etário (com foco em idosos/as LGBTQIA+), e se há análise de desigualdades sociais (raça/cor, classe, gênero, idade).

RESULTADOS

A análise preliminar dos artigos identificados revela que a produção científica sobre saúde da população LGBTQIA+ no Brasil, entre 2000 e 2025, é fortemente marcada por abordagens biomédicas centradas em práticas sexuais, especialmente aquelas associadas ao risco de infecção por ISTs. Predominam estudos voltados a homens que fazem sexo com homens (HSH/MSM), muitas vezes descolados de identidades sexuais e de gênero. Entre as pessoas trans, observa-se uma disparidade importante: mulheres trans e travestis são consideravelmente mais estudadas, sobretudo no contexto do HIV/AIDS e de outras ISTs, enquanto homens trans, pessoas transmasculinas e não binárias permanecem quase completamente invisibilizados na produção científica. Lésbicas, bissexuais, pessoas não-binárias e intersexo também são subrepresentadas, tanto em quantidade de estudos quanto em diversidade temática. A velhice LGBTQIA+, em particular, aparece de forma extremamente residual, e há escassa incorporação de análises interseccionais que articulem marcadores como raça/cor, classe, território e idade. Mesmo quando há menção à desigualdade, ela tende a ser tratada de maneira superficial ou sem articulação com os dados apresentados.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo revelou uma lógica que associa certas identidades de gênero ao risco, mas não necessariamente ao direito ao cuidado em saúde. A ausência de dados sobre pessoas LGBTQIA+ revela uma lacuna importante para a formulação de políticas públicas inclusivas. O projeto contribui para o aprimoramento das informações em saúde, promovendo visibilidade e equidade para esse grupo historicamente negligenciado e possibilitando novas perspectivas de produção científica mais inclusiva para a população LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

- (1) Carvalho AA, Barreto RCV. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019? *Ciênc saúde colet.* 2021;26:4059–64.
- (2) Lima RRT, Flor TBM, Noro LRA. Revisão sistemática sobre a atenção à saúde para travestis e transexuais no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2023;57(1):19.
- (3) Gualberto Júnior EC *et al.* Health-related quality of life of trans people using a specialized health service in Manaus, Amazonas state, Brazil, 2023: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saúde.* 2025;33:e2024361.

SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: PERCEPÇÕES DA PESSOA IDOSA

Maxwell Fernandes Frois¹

Mayla Dutra da Silva

Carina Carvalho Silvestre

Larissa de Freitas Bonomo

Sabrina Cerqueira Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem crescido de maneira rápida globalmente, um fenômeno impulsionado, principalmente, pela diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, pelo avanço tecnológico na área da saúde e por melhorias nas condições socioambientais [1]. Esta mudança requer uma compreensão ampla e holística das pessoas idosas e das questões associadas ao envelhecimento. Neste contexto, inclui-se a compreensão sobre a sexualidade deste público, a fim de propiciar um envelhecer mais ativo, funcional e saudável [2], uma vez que a sexualidade está presente em todos os ciclos da existência humana, envolvendo momentos de intimidade e nuances de prazer, desde o estar bem consigo, até o desejo e consumação do ato sexual, livre de medo, vergonha, violência ou qualquer forma de coação [3]. Entretanto, a sexualidade, quando associada ao envelhecimento, é permeada por tabus e mitos, trazendo a ideia de que pessoas idosas não experimentam sua sexualidade, como se fosse algo exclusivo da juventude, atrelando às pessoas idosas uma impressão de serem assexuais e de não possuírem a capacidade de serem seres desejáveis e desejantes [4]. Assim, as percepções das pessoas idosas podem contribuir de forma significativa para a superação da exclusão e do preconceito, desenvolvendo uma oportunidade para inclusão e expressão da sexualidade durante a velhice [5].

OBJETIVO

Compreender as percepções da pessoa idosa frente à sua sexualidade, bem como entender os principais desafios enfrentados em expressá-la.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido segundo as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). [6] O estudo foi realizado em 11 unidades de saúde no município de Governador Valadares. Participaram da pesquisa pessoas idosas que frequentavam os Grupos Operativos dessas unidades de saúde. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, entre agosto e setembro de 2024. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para análise. A saturação dos dados foi alcançada quando deixaram de surgir informações novas ou relevantes que justificassem a inclusão de novos participantes ou a

1

E-mail: fisiofrois@gmail.com.

criação de categorias analíticas adicionais. Para análise de dados, foi empregada a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin [7], realizada por dois pesquisadores de forma independente, seguida por análise colaborativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob número CAAE 78889124.9.0000.5147 e parecer 6.846.063.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 17 pessoas idosas, das quais 14 (82,35%), identificaram-se como mulher cisgênero e 3 (17,65%) como homem cisgênero. A média de idade foi de 68,7 ($\pm 5,61$). Em relação às orientações recebidas por profissionais de saúde a respeito da sexualidade, 14 (82,35%) nunca receberam tais informações e dentre os 3 que receberam orientações, 2 (66,67%) indicaram o enfermeiro(a) como fonte, e 1 (33,33%) mencionou o médico(a). A análise das entrevistas resultou na identificação de três categorias: 1) A sexualidade na velhice e a caixa sociocultural; 2) A sexualidade e a coragem para estar vulnerável e 3) (Re)afirmando necessidades em saúde para a sexualidade da pessoa idosa. Na categoria 1, os discursos revelaram a presença de tabus, a ausência de diálogos, relações de submissão e barreiras limitantes. Um reflexo dessas influências foi a dificuldade em diferenciar sexo e sexualidade, reduzindo o conceito à esfera dos órgãos genitais ou ao ato sexual, o que evidencia como os padrões normativos impostos pela sociedade impactam na vida das pessoas idosas. Em relação a categoria 2, os relatos expressaram não apenas a privação da sexualidade, como também a perda de identidade, frequentemente associadas a sentimentos de desconforto e subserviência, o que ilustra o sofrimento gerado pela repressão dos desejos. Ao mesmo tempo em que evidenciam a coragem para reconhecer e expressar a própria vulnerabilidade. Na categoria 3 emergiram relatos que evidenciaram a carência de informações sobre a sexualidade, tanto nos processos, quanto nos cuidados à saúde. Além disso, também foi destacada a necessidade de criar espaços de diálogo e acolhimento, reconhecidos, pelos participantes, como importantes para a qualidade de vida e bem-estar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esses achados evidenciam os desafios vivenciados e experienciados pela pessoa idosa sobre sua sexualidade. Foi possível perceber uma sociedade que, desde o nascimento, cria “caixas” que determinam a organização do ser humano com base no sexo biológico, aspectos socioculturais e de idade, estabelecendo o comportamento e as delimitações do indivíduo ao longo da vida. Ademais, demonstraram como o envelhecimento é encarado como uma forma de negação e invisibilidade e, nesse contexto, a coragem de se tornar vulnerável emerge como um ato de resistência. Por fim, os achados apontaram a fragilidade do acesso das pessoas idosas ao conhecimento sobre sexualidade nos serviços de saúde pública e a falta de profissionais e gestores preparados para adotar uma abordagem holística. Assim, os resultados evidenciam a necessidade de ampliar as discussões na literatura e fomentar a criação e efetivação de políticas públicas voltadas à educação em sexualidade para a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva FG, Pelzer MT, Neutzling BRS. Attitudes of elderly women regarding the expression of their sexuality Aquichan. 2019;19(3).
- [2] Marinho CLA *et al.* O entendimento de idosos a respeito da sexualidade. Rev Enferm UFPE. 2008;278-83.
- [3] Vieira S *et al.* A vivência da sexualidade saudável nos idosos: o contributo do enfermeiro. Salutis Sci. 2014;6:35-45.
- [4] Souza Júnior EV. Efeitos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e qualidade de vida de pessoas idosas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2024.
- [5] Feitosa ANA *et al.* Percepção dos idosos acerca de sua sexualidade. Cienc Cuid Saude. 2020;19.
- [6] Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34.
- [7] Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70; 2016.

SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL E A VULNERABILIDADE DA MULHER NEGRA: ANÁLISE DE GESTAÇÕES GEMELARES EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO

Nathalia Ferreira Antunes de Almeida¹

Thaís Bissoli Mattos Teixeira de Souza

Patrícia de Carvalho Padilha

Elisa Maria de Aquino Lacerda

Claudia Saunders

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) é uma das principais causas de morbimortalidade materna e neonatal, impactando desproporcionalmente mulheres negras (1). Estudos (2,3) demonstram que gestantes negras apresentam maior risco de desenvolver SHG, o que pode estar relacionado a desigualdades sociais e raciais no acesso à saúde, condições de vida e assistência pré-natal (4). Além disso, a SHG está associada a complicações graves, como restrição de crescimento fetal, prematuridade e morte materna (5,6). No Brasil, a equidade na assistência pré-natal ainda é um desafio, e compreender os fatores associados ao desenvolvimento da SHG em diferentes grupos raciais é fundamental para subsidiar políticas públicas que garantam um cuidado mais equitativo (4). Para além, é importante considerar que a gestação múltipla, por si só, já configura risco para a ocorrência de distúrbios hipertensivos (6,7) e, assim, é importante avaliar fatores que podem se relacionar a ocorrência desse agravamento de grande impacto para a saúde materna e infantil (4).

OBJETIVO

Analisar a relação entre cor da pele autorreferida e a ocorrência de SHG em gestantes gemelares atendidas em uma maternidade pública, avaliando os impactos dessa condição nos desfechos obstétricos.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado a partir de base de dados secundária de gestantes gemelares atendidas em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, entre 2011 e 2013. Os dados foram coletados dos prontuários hospitalares e incluíram informações sociodemográficas, clínicas, nutricionais e obstétricas. Foram avaliadas gestantes adultas e adolescentes, com gestação dupla, assistidas no ambulatório de pré-natal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no período de 2011 a 2013. A variável de estudo foi a ocorrência de SHG, analisada em associação com cor da pele autorreferida, ganho de peso gestacional (avaliado a partir da proposta de Luke e colaboradores (8)) e

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: nathaliaalmeida@unirio.br

desfechos gestacionais. Foram realizadas estatísticas descritivas e o teste qui-quadrado foi aplicado para verificar associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliadas 109 gestantes gemelares, das quais 31 (28,4%) apresentavam SHG. Dessas, foram mais prevalentes mulheres com idade entre 20 e 35 anos ($n=26$; 83,9%), autodeclaradas como negras ou pardas ($n=21$; 70%) e múltiparas ($n=19$; 61,3%). Ao considerar as mulheres diagnosticadas com SHG ($n=31$) e suas possíveis classificações, observou-se que 22,6% ($n=7$) da amostra apresentou hipertensão gestacional, 61,3% ($n=19$) pré-eclâmpsia (PE) e 16,1% ($n=5$) PE sobreposta à hipertensão arterial crônica. A SHG foi identificada em 53,8% ($n=7$) das gestantes negras, 31,8% ($n=14$) das pardas e 18,8% ($n=9$) das brancas ($p=0,038$), evidenciando maior vulnerabilidade das mulheres negras à condição. Entre as diferentes classificações da SHG, a PE foi a mais prevalente entre as mulheres negras e pardas ($n=15$; $p=0,017$). Além disso, 57,1% ($n=8$) das gestantes com ganho de peso acima do recomendado apresentaram SHG ($p=0,025$). Entre as gestantes com diagnóstico de SHG ($n=28$), 77,7% ($n=21$) apresentaram proteinúria ≥ 300 mg/dL, indicando risco aumentado para PE e complicações materno-fetais graves ($p=0,000$) e, foi possível observar que essa alteração se apresentou de forma significativa entre mulheres negras e pardas ($n=17$; $p=0,001$). Com relação ao tipo de parto, 100% ($n=31$) das gestantes com SHG tiveram parto cirúrgico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados confirmam que a SHG afeta desproporcionalmente gestantes negras e pardas, evidenciando desigualdades raciais na saúde materna. A elevada frequência PE, sobretudo em gestantes negras e pardas, sugere um maior risco de complicações maternas e perinatais nesse grupo, reforçando a necessidade de protocolos específicos para a assistência pré-natal dessas mulheres. O ganho de peso gestacional excessivo, bem como a elevada prevalência de parto cirúrgico na população estudada, demonstra a necessidade de uma assistência pré-natal especializada para gestações múltiplas. A equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade deve ser um objetivo central das políticas públicas para minimizar as disparidades nos desfechos gestacionais e neonatais, reduzindo a morbimortalidade de gestantes múltiplas e seus conceitos.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva NM, Barbosa AS. Disparidades raciais na saúde materno-infantil. *Rev Bras Saúde Materno-Infantil*. 2020.
- (2) Liu T *et al*. Hypertensive disorders of pregnancy and neonatal outcomes in twin vs. singleton pregnancies after assisted reproductive technology. *Front Pediatr*. 2022;10:839882. doi: 10.3389/fped.2022.839882.
- (3) Narang K, Szymanski LM. Multiple Gestations and Hypertensive Disorders of Pregnancy: What Do We Know? *Curr Hypertens Rep*. 2020 Nov 18;23(1):1. doi: 10.1007/s11906-020-01107-4.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas.

Manual de gestação de alto risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

- (5) World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief. Geneva: WOH; 2014.
- (6) Luo ZC, Simonet F, An N, Bao FY, Audibert F, Fraser WD. Effect on neonatal outcomes in gestational hypertension in twin compared with singleton pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2006 Nov;108(5):1138-44. doi: 10.1097/01.AOG.0000238335.61452.89.
- (7) Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies: ACOG Practice Bulletin, Number 231. *Obstetrics & Gynecology* 137(6):p e145-e162, June 2021.
- (8) Luke B. Improving multiple pregnancy outcomes with nutritional interventions. *Clin Obstetrics Gynecol.* 2004;47(1):146-162.

SISTEMAS LABORALES Y CONDICIONES DE SALUD DE LA TRIPULACIÓN DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL

Roselia Arminda Rosales Flores¹

Ma Elena Durán Lizarraga

Claudia Alicia López Ortiz

INTRODUCCIÓN

La tripulación que asiste en los aviones tiene adiestramiento especializado para apoyar a los viajeros y dar respuesta oportuna a cualquier situación de emergencia, garantizar la seguridad y el servicio de una aeronave (1). El personal aeronáutico tiene una responsabilidad en el vuelo que les exige un nivel de salud, física y mental que garantice el desarrollo de sus actividades, y cada vez hay más exigencia en los requisitos físicos, psicológicos, actitudinales y de conocimiento que deben cumplir (1). Se ha demostrado que esta población es altamente susceptible al burnout por las exigencias en el servicio al cliente, los lineamientos de seguridad y los horarios laborales, entre otras causas (2). Son frecuentes las quejas de la tripulación sobre sequedad en los ojos, dolor de garganta, mareos, dolores de cabeza y otros síntomas (3).

El vuelo, como proceso de trabajo, demanda atención y concentración por parte de la tripulación, las exigencias -jornada laboral, supervisión sorpresiva y estricta, turnos nocturnos, recesos y trastornos del sueño por los viajes a través de diferentes zonas horarias- y los riesgos -vibraciones, ruido, radiaciones, cambios bruscos de temperatura- y los aspectos operacionales propios de los vuelos determinan daños a la salud física y mental de estos colectivos (2).

OBJETIVO

Analizar el perfil sociodemográfico y las condiciones laborales y de salud del personal de tripulación de una aerolínea comercial.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, muestreo no probabilístico y de autoselección. Se diseñó un cuestionario en la aplicación de Google forms en la cual se estableció no guardar nombres ni datos personales para preservar el anonimato y confidencialidad de los participantes. Al inicio de la encuesta se indicó el objetivo de la investigación y los datos de los investigadores para contacto. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes con la opción de dejar de contestar en el momento que así lo desearan. Estuvo conformado por 32 preguntas, abiertas y cerradas, el cual se distribuyó a través de redes sociales. La muestra fue a conveniencia y estuvo constituida por 585 participantes. La tasa de no respuesta fue de 19.5%. Los datos se registraron en hojas de Excel que se analizaron con el programa de SPSS 25.0 para Windows.

1 Universidad Autónoma de la Ciudad de México. E-mail: roselia.rosales@uacm.edu.mx

Esta investigación se clasifica como proyecto sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (Nom-012-SSA3-2012)

RESULTADOS

La mayor parte de los participantes están por debajo de los 50 años (72.6%) y por encima de esa edad el 28.4%. La cuarta parte de los participantes son varones, hay 3 personas que prefieren no decir su sexo y el resto corresponde al sexo femenino. Un poco más de la mitad de las personas reportan que hacen actividad física por 30 min 5 veces por semana. El 1.1% reporta bajo peso, 58.6% refiere peso normal, el 35.8% indica sobrepeso y 4.5% sufre de obesidad. El 1.3% reporta elevada la concentración de glucosa en sangre, 13.3% de colesterol y 15.2% de triglicéridos; 6.1% reportan hipertensión, 1.5% problemas cardiovasculares y 13.6% problemas osteomusculares. En cuanto a enfermedades heredofamiliares aparecen la hipertensión 54% y la diabetes 48% seguidas de cáncer 34.7%, enfermedad cardiovascular 19.8%, neurodegenerativas 11.4% y accidente vascular cerebral 9%. Cerca del 45% de las personas participantes tiene menos de 10 años de antigüedad laboral, 30% entre 11 y 25 y el resto más de 25 años. La mayoría (85%) trabajan en un sistema de pernoctas con 4 días intocables al mes, 10% en seis por cuatro y el 5% en radiales. El 67.4 % de las y los participantes ocupan el puesto de trabajo de sobrecargos, 32.1% son ejecutivos de servicios a bordo y 0.5% son asesores. El 91% hacen vuelos transatlánticos. La relación entre el sistema laboral y el estado de salud indica que en el sistema seis por cuatro, el 64% de las/los sobrecargos refirieron mal estado de salud contra 14% que refirieron adecuado estado en salud y 22% una percepción regular de su estado de salud, por lo que este sistema laboral (seis días de vuelo y 4 de descanso) puede representar un factor de riesgo para la percepción de un mal estado de salud, esto es que los trabajadores del sistema seis por cuatro tienen 2.2 veces más posibilidades de percibir su salud como mala.

CONSIDERACIONES

El perfil sociodemográfico de la población estudiada presenta un porcentaje mayoritariamente femenino. Los antecedentes heredofamiliares tienen características similares a la población mexicana: en primer lugar, los problemas cardiovasculares, segundo la diabetes mellitus y en tercer lugar los problemas oncológicos (4). Acerca del perfil de salud enfermedad se observa mayores problemas en el metabolismo de los triglicéridos. En general, los participantes refieren estilos de vida saludables, aunque la percepción de su estado de salud es mala.

Es importante estudiar los procesos de trabajo (riesgos y exigencias) en la tripulación ya que como se observa, su sistema laboral impacta en la percepción de su salud. Se puede inferir que los riesgos y las exigencias de las condiciones laborales del personal de aviación, determinan daños a la salud, en particular el alargamiento de las jornadas y la intensificación del trabajo.

REFERENCIAS

- (1) Caviedes NP. Guía para Tripulantes de Cabina de Pasajeros. Fundamentos básicos de la profesión TPC. 2022.
- (2) Grados LG. Síndrome de burnout y autoeficacia en tripulantes de cabina en Lima. *P e n s a m i e n t o Psicológico*. 2018;16(2):99–110. Doi:10.11144/javerjanacali.ppsi16-2.sba.
- (3) Wang F, You R, Zhang T, Chen Q. Recent progress on studies of airborne infectious disease transmission, air quality, and thermal comfort in the airliner cabin air environment. *Indoor Air*. 2022;32(4):e13032. Doi:10.1111/ina.13032.
- (4) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Nota técnica estadística de defunciones registradas 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_registradas_2020_nota_tecnica.pdf.

SOBRE LA COLABORACION ENTRE ACADEMIA Y TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD: UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN CHILE

Patricia Grau Mascayano¹

Patrizio Tonelli

Felipe de la Fuente Álvarez

Alvaro Lefio Celedón

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, llegó la pandemia de COVID-19 a Chile implicando una importante carga física, emocional y de riesgos para la salud de los trabajadores/as sanitarios. En este contexto, los y las trabajadoras organizadas en la Secretaría de Salud (SS) de la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) se acercaron a un grupo de académicos de la Escuela de Salud Pública y del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile con el objetivo de recibir ayuda respecto de cómo enfrentar esta situación, caracterizada por incertidumbre, violencia y miedo en un sector feminizado.

Comenzaron una serie de reuniones virtuales, periódicas que inicialmente permitieron la realización de actividades de sensibilización: asambleas, capacitaciones masivas, elaboración de material educativo (cuidados en salud mental, uso de Elementos de Protección Personal, etc) Después de 3 meses, la relación entre académicos y dirigentes sindicales se profundizó y desembocó en la realización de un estudio de más amplio alcance.

Dada la necesidad de una presencia contundente de las organizaciones de trabajadores en el debate público y en la negociación con la autoridad sanitaria nacional, se decidió llevar a cabo una Investigación Acción Participativa (IAP), que pudiera asegurar la plena participación de dirigentes y facilitar su apropiación de la problemática y propuestas de soluciones.

OBJETIVO

Caracterizar las condiciones en que desarrollan su labor los y las trabajadoras de los equipos de salud en tiempos de pandemia y los efectos en salud que padecen, así como recoger sus aprendizajes, para elaborar participativamente recomendaciones orientadas a mejorar las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile.

METODOLOGÍA

El diseño metodológico del estudio se basó en la IAP de los trabajadores y dirigentes gremiales, asegurando un proceso de investigación colaborativo y con un fuerte componente de incidencia

1 Universidad de Chile. E-mail: patricia.grau@uchile.cl

política. Por eso en una fase inicial se conformó una institucionalidad específica diputada a “gobernar” el proceso de investigación, articulada en tres espacios específicos:

1. Comité conductor bipartito: Formado por integrantes de la SS de la CUT y académicos. Definió los primeros objetivos estratégicos del estudio y las acciones necesarias para su implementación.
2. Plataforma participativa de trabajo: Integrada por 25 dirigentes nacionales y territoriales de organizaciones asociadas a la SS de la CUT. Este espacio amplió la participación de los gremios y permitió coordinar las actividades.
3. Comités motor bipartitos: integrado por académicos/as y dirigentes/as. Su función fue diseñar y realizar el estudio.

El estudio fue ejecutado en paralelo, un componente cuantitativo y uno cualitativo, realizado por dos equipos. En el primer caso se utilizó un diseño, de corte transversal y analítico. Se aplicó una encuesta estructurada a 4.872 trabajadores de la salud a nivel nacional. En el segundo caso se adoptó un enfoque fenomenológico basado en grupos focales para profundizar en las vivencias y percepciones de los trabajadores de la salud durante la pandemia. Se realizaron seis grupos focales entre noviembre de 2020 y enero de 2021 en las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Biobío y La Araucanía, con un total de 32 participantes (22 mujeres y 10 hombres).

La investigación se estructuró de manera que las decisiones clave fueran validadas colectivamente, utilizando técnicas de deliberación, lo que permitió alcanzar consensos y asegurar el control compartido en cada etapa del estudio.

La combinación de métodos permitió capturar la magnitud del impacto de la pandemia en las condiciones de trabajo y salud del personal sanitario, así como comprender sus vivencias y estrategias de resistencia.

Este enfoque permitió que los resultados no solo reflejaran una fotografía de la situación, sino que también se constituyeran en un insumo para la acción sindical y la formulación de estrategias de mejora en la salud del sector sanitario.

Los principales hallazgos indican que se percibe un altísimo costo para la salud de trabajadores/as, 80% percibió desgaste físico y emocional. Se develan precariedades en la protección y cuidado de la salud. Se evidencia un 54.5% de pérdida de confianza entre autoridades y trabajadoras/es, 81.3% no fue considerado/a en la toma de decisiones, reemerge la crisis de gobernanza del sistema de salud. El personal sanitario reacciona con organización, responsabilidad y compañerismo. Los trabajadores/as de la salud proponen cambios en la organización del trabajo.

CONSIDERACIONES

Esta IAP puso de manifiesto, la urgente necesidad de instalar en nuestro país una política de cuidado de la salud del personal sanitario, efectiva y construida con todos. Se documenta falta

de soporte institucional, improvisación y serias incapacidades sistémicas para abordar y procesar el sufrimiento y los traumas vividos, así como el desgaste físico y emocional.

Esta experiencia es un ejemplo de investigación aplicada que busca describir una problemática, además, generar conocimiento accionable para la mejora de las condiciones laborales. Para académicos y dirigentes sindicales se trató de una ocasión de aprendizaje recíproco y la posibilidad de crear un espacio de confianza desde el cual seguir organizando momentos de reflexión y difusión: en los años siguientes al término de la IAP, la relación se ha fortificado mediante asesorías y seminarios orientados a fortalecer la capacidad de las organizaciones sindicales del sector salud.

TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS: UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA REPRODUTIVA

Tatiane Farias da Rosa Silva¹

Corina Helena Figueira Mendes

Essa análise é parte da pesquisa de doutorado na área de saúde coletiva em andamento, intitulada: “Justiça Reprodutiva e Tecnologias de Reprodução Humana Assistida: (des)caminhos no Sistema Único de Saúde para pessoas negras que tem útero”. Essa pesquisa tem como temática os caminhos possíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas negras com útero e com diagnóstico de infertilidade acessem a reprodução humana assistida a partir da ótica da justiça reprodutiva e do princípio de equidade em saúde. Apontamos a necessidade de ter um perfil específico para essa pesquisa, considerando o Estado do Rio de Janeiro como uma região com grande demanda e pouco acesso ao serviço de infertilidade no setor público de saúde, bem como a escolha de trabalhar com o SUS, pois grande parte da população negra se enquadra como SUSdependente.

Assim, objetivamos analisar como se dá os processos de injustiças reprodutivas desde o diagnóstico até os caminhos possíveis para acesso as tecnologias de reprodução humana assistida no SUS, considerando a equidade em saúde.

Levando em conta que se trata de uma pesquisa em andamento, apresentaremos aqui resultados parciais baseados em revisão de literatura. Portanto, se caracteriza como uma reflexão crítica de introdução ao debate. Desta forma, esta pesquisa se consolida enquanto qualitativa, com elementos quantitativos para substanciar os elementos de análise, a partir do instrumento de revisão de literatura integrativa, abrangendo legislações e dados estatísticos sobre infertilidade e acesso aos serviços de reprodução humana assistida no SUS.

Considerando a Portaria de nº 426 de 22/03/2005 que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, bem como o direito ao planejamento reprodutivo, entendemos que pensar os caminhos no SUS ao acesso a essas técnicas é necessário. O inaccessível a essas técnicas é um problema de saúde pública, relacionado ao desmonte do SUS e a complexidade financeira que dificultam que pessoas com diagnóstico de infertilidade acessem a esses serviços. Pensando no contexto do SUS, 80% da população que acessam os serviços diretos se declaram pretas ou pardas. No Brasil, cerca de 8 milhões de pessoas podem ser inférteis. Só no Rio de Janeiro, aproximadamente 860 pessoas com útero aguardam na fila para ter consultas específicas sobre infertilidade. Aproximadamente 70% dos municípios do Rio de Janeiro não oferecem serviços para diagnóstico e tratamento de infertilidade (1). Consideramos as injustiças reprodutiva no prisma da interseccionalidade, enquanto uma ferramenta analítica, buscamos investigar as situações de opressões levando em consideração aspectos que se cruzam na vida dos sujeitos sociais, principalmente

1

Instituto Fernandes Figueira. E-mail: Tatiane-farias95@hotmail.com

para compreender as múltiplas opressões vividas por sujeitos sociais (2). Portanto, é considerar que uma pessoa na sociedade é subalternizada por seu gênero, raça/cor, etnia, classe social, sexualidade, geração, dentre outros elementos. Compreendemos que as questões interseccionais se colocam como impedimento de efetivação da justiça reprodutiva em relação ao acesso as técnicas de reprodução assistida, considerando a universalidade e equidade na saúde e o direito a saúde consolidado pela Constituição Federal de 1988.

As leis e portarias que viabilizam a execução das Tecnologias de Reprodução Assistida pelo SUS já existem há duas décadas, porém encontram-se dificuldades na implantação em sua totalidade na extensão brasileira. Para que assim aconteça, é necessário que as políticas públicas intervenham juntamente com as três esferas de gestão para funcionamento do sistema, provendo a distribuição financeira adequada, ofertando os métodos necessários e certificando a acessibilidade de quem necessita da realização das técnicas. Assim, firmamos uma assistência pautada nos princípios legais e éticos do sistema único de saúde e temos por expectativa que essa mostra de pesquisa sirva como base para desenvolvimento de outras pesquisas e projetos que possam reivindicar justiça reprodutiva para população negra com diagnóstico de infertilidade no Brasil, especialmente para acesso aos serviços de reprodução humana assistida no SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Fundação Oswaldo Cruz. Estruturação e Avaliação do Impacto Orçamentário de Rede de Atenção em Reprodução Humana Assistida no Estado do Rio de Janeiro: PMA Disseminando Ciência em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
- (2) Crenshaw K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. Rev Estud Fem. 2002; 10(1).

TENDÊNCIA DE AQUISIÇÃO DA AGRICULTURA FAMILIAR PARA A ALIMENTAÇÃO ESCOLAR NAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO RIO DE JANEIRO.

Eloah Costa de Sant'Anna Ribeiro¹

Alessandra dos Santos Ribeiro

Millena Pavoni Monteiro

Michel Carlos Mocellin

Alessandra da Silva Pereira.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) possui desde 2009 a obrigatoriedade de utilização de, no mínimo, 30% dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) para a compra de alimentos da Agricultura Familiar (AF). Apesar dos avanços do PNAE ao longo dos anos, a compra da AF apresenta diversos desafios. No Sudeste, citam-se a falta de adesão dos agricultores familiares a esta política de compras atribuídos à inviabilidade de fornecimento regular dos alimentos; ao desinteresse dos agricultores devido a demora da Entidade Executora em elaborar a chamada pública; custos elevados com a logística de transporte/ entrega; ao pagamento pelos produtos não ser no ato da entrega; a dificuldade de organização dos documentos para a habilitação no chamamento público; a falta de crédito para investir na propriedade rural, além de orientação técnica, reduzindo a variedade de gêneros produzidos e comercializados; dentre outros. Nesta macrorregião, o Estado do Rio de Janeiro se destaca com menor utilização de recursos do PNAE para a aquisição de gêneros alimentícios. Conhecer este cenário histórico permite relacionar os fatores existentes ao longo dos anos que desempenharam importante papel sobre o processo de compras de alimentos da agricultura familiar para o PNAE (1).

OBJETIVO

Analisar a aquisição de alimentos da agricultura familiar para o PNAE nas regiões administrativas do Estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Estudo temporal com dados secundários do FNDE sobre a aquisição da AF para o PNAE expresso em prevalência (%) do valor repassado pelo FNDE entre 2011-2022, pelas Entidades Executoras. As análises envolvendo a aquisição da agricultura familiar foram estratificadas por região administrativa do Estado do Rio de Janeiro (Norte

1

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: eloahcsr@gmail.com.

Fluminense, Serrana, Médio Paraíba, Baixadas Litorâneas, Noroeste Fluminense, Centro Sul Fluminense, Metropolitana e Costa Verde). Os dados foram analisados e apresentados na forma de mediana e Intervalo Interquartil, e empregou-se testes para avaliar diferenças estatísticas entre cada painel temporal, sendo realizadas por intermédio do programa estatístico STATA 16 (2).

RESULTADOS

A série temporal analisada entre os anos de 2011 e 2022 demonstrou valores das medianas crescentes do percentual de aquisição de gêneros alimentícios da AF destinados ao PNAE até o ano de 2019 nos municípios do Estado do RJ. Apesar disso, somente 3 anos analisados (2018, 2019 e 2022) tiveram mediana de aquisição acima dos 30% (valor mínimo obrigatório estabelecido na lei do PNAE–Lei 11947 de 2009).

A série temporal demonstrou valores crescentes do percentual de aquisição até 2019. As regiões Centro Sul, Serrana, Noroeste e Norte se destacam por terem maior mediana de percentual de aquisição da AF ao longo da série temporal. Todavia, parece haver diferença estatística apenas para os painéis de 2018 a 2022 ($p < 0,05$) ao se considerar as comparações de cada região no mesmo ano. O impacto da pandemia da covid-19 nos anos de 2020 e 2021 (em que o ensino básico não foi presencial) teve uma queda significativa quando comparados aos cinco anos anteriores (2015 a 2019) e o ano seguinte (2022).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Estado do Rio de Janeiro necessita de incentivo e esforços para a formulação de estratégias de produção e oferta de alimentos. Há território para a comercialização de alimentos da AF, porém, ainda pouco explorado. Destacamos que apesar da lei nº 11.947/2009 ter sido instituída há mais de 10 anos, ainda existem diretrizes que precisam ser institucionalizadas e potencializadas pelos atores da alimentação escolar.

Observa-se potencial de crescimento de produção de alimentos e financeiro no ERJ pouco explorados. As regiões Centro-Sul, Serrana, Noroeste e Norte se destacaram na maior aquisição da AF, sendo regiões com a presença de grande parte dos estabelecimentos da AF, porém ainda pouco visibilizados. Embora tenha ocorrido o aumento gradual da aquisição de AF no ERJ, ainda necessita de incentivo e esforços para a formulação de estratégias de produção e oferta destes alimentos mediante as especificidades de cada região administrativa do ERJ. Ainda, as Entidades Executoras devem seguir os parâmetros legais para a compra da AF, auxiliando na consolidação do PNAE e dos agricultores familiares.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Diário Oficial da União 2009; 17 jun.
- (2) Mocellin MC *et al.* Aquisição de alimentos da Agricultura Familiar para o Programa Nacional de Alimentação Escolar no Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 51(6):1-10.

TRAYECTORIA EN EXTENSIÓN UNIVERSITARIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ADOLESCENTES DEL CENTRO JUVENIL BELLA ITALIA, MONTEVIDEO, URUGUAY

Leticia Quay¹
Agostina Mussio
Mariangel Ramos
Estefania Ruzyski

INTRODUCCIÓN

En la carrera de Obstetra Partera (Facultad de Medicina, Udelar), los cursos de Clínica Obstétrica han fortalecido la experiencia en actividades en el medio y Extensión Universitaria. En este contexto, desde 2022 se ha trabajado sobre salud sexual y reproductiva con el Centro Juvenil Bella Italia, perteneciente al Municipio F de Montevideo, Uruguay.

A nivel global, la salud sexual y reproductiva es clave para el bienestar individual y colectivo, con importantes repercusiones sanitarias, sociales y económicas. Sin embargo, las brechas en el acceso a la información y servicios de salud, junto con la persistencia de mitos y barreras culturales, representan un desafío en la prevención de infecciones de transmisión sexual y acceso a métodos anticonceptivos (1-3).

Este espacio extensionista acompaña a las/os jóvenes en su adolescencia, proporcionando información sobre la temática mencionada.

El intercambio de experiencias genera un espacio de confianza y apoyo donde las/os adolescentes se sienten comprendidas/os, acompañadas/os, escuchadas/os y seguras/os permitiendo obtener información oportuna para la toma de decisiones conscientes. De esta manera, a través de la educación, promoción y prevención en salud, se fortalece el conocimiento y herramientas para una adolescencia saludable (4).

OBJETIVO

Se plantea por objetivo general proporcionar herramientas para el ejercicio saludable y responsable de prácticas sexuales.

Como objetivos específicos se pretende visibilizar la relevancia del consentimiento como elemento central en las relaciones sexuales, promover el conocimiento y la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, favorecer la comprensión sobre la función de los métodos anticonceptivos y de barrera, comprender la importancia de los métodos presentados para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

1 Universidad de la República. E-mail: op.leticiaquay@gmail.com

METODOLOGÍA

Las instancias fueron planificadas con enfoque de educación popular, utilizando técnicas participativas, dinámicas e interactivas, invitando a exponer sus conocimientos y mitos sobre la temática planteada, llevando a cabo la horizontalidad entre los participantes (4).

La población objetivo estuvo conformada por 20-25 adolescentes (15 a 18 años) con un vínculo previo, favoreciendo la participación activa.

El taller se estructuró en tres momentos clave: apertura, con una dinámica para explorar conocimientos previos; desarrollo, donde se presentaron los métodos anticonceptivos disponibles en ASSE mediante materiales visuales y fantomas, promoviendo la interacción y el aprendizaje práctico; y cierre, con un espacio de reflexión grupal sobre derechos sexuales y reproductivos, reforzando la toma de decisiones informada y autónoma.

Cada instancia, realizada anualmente desde 2022, tiene una duración aproximada de dos horas. Es ejecutada por estudiantes de la Unidad Académica de Obstetricia y Partería, de segundo y tercer año, que cursan la rotación de Primer Nivel de Atención, supervisado por el equipo docente que lleva a cabo esta publicación.

RESULTADOS

Se observó que la mayoría de los y las adolescentes no tenían un conocimiento completo sobre la totalidad de los métodos anticonceptivos presentados. Sin embargo, las mujeres mostraron un mayor dominio en comparación con los varones. Entre los métodos más conocidos dentro de esta población se encontraron los preservativos de pene, el implante subdérmico y las pastillas anticonceptivas. Respecto a las infecciones de transmisión sexual, la mayoría de las y los participantes desconocía el tema.

Se evidenció que los y las participantes tenían un conocimiento variable sobre sus derechos sexuales y reproductivos. La actividad permitió aclarar conceptos clave, promoviendo la reflexión sobre la autonomía en la toma de decisiones y el acceso a información confiable. Además, se generó un espacio de diálogo en el que se reforzó la importancia del consentimiento, la equidad de género y el acceso a métodos anticonceptivos como parte del ejercicio de estos derechos.

En cuanto a la metodología empleada, se puede concluir que fue efectiva, ya que permitió cumplir con los objetivos planteados.

Respecto a los y las participantes, se destaca que el vínculo previo entre ellos facilitó el intercambio de información sobre la salud sexual y reproductiva, así como el manejo de los fantomas y métodos de barrera para su práctica. En consecuencia, se generó un ambiente de mayor confianza y apertura, lo que permitió abordar los temas sin tabúes y de manera más fluida.

Este contexto contribuyó significativamente al éxito de la actividad. Como resultado, se fortaleció la reflexión crítica y se potenció la toma de decisiones informada y autónoma.

CONSIDERACIONES

La experiencia extensionista en salud sexual y reproductiva con adolescentes permitió identificar conocimientos fragmentados, mitos y desinformación sobre anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Los talleres generaron espacios participativos de aprendizaje, donde se promovió la reflexión crítica sobre derechos sexuales y reproductivos, y se fortaleció la autonomía para tomar decisiones informadas. El enfoque de educación popular y el vínculo previo entre participantes favorecieron el intercambio horizontal y el interés.

Para las estudiantes de Obstetricia, la experiencia aportó herramientas teórico-prácticas, habilidades comunicacionales y compromiso con la promoción de la salud.

Los conocimientos obtenidos ofrecen una comprensión más profunda sobre cómo adolescentes construyen su sexualidad y orientan futuras estrategias en salud sexual y reproductiva, reforzando la importancia de sostener estos espacios desde la extensión universitaria.

REFERENCIAS

- (1) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Montevideo: MSP; 2019. [citado 2025 14 de marzo]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-diagnostico-tratamiento-prevencion-vigilancia>.
- (2) Organización Panamericana de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. 3.ed. Baltimore: CCP, OPS; 2019. [Citado 2025 14 de marzo] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf.
- (3) Uruguay. Ley N° 18.426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Diario Oficial. 2008 dic 1. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>.
- (4) Jara-Holliday O. La concepción metodológica dialéctica, los métodos y las técnicas participativas en la educación popular. San José, Costa Rica: CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja; 1995 [citado 2025 marzo 14]. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/metodologia_metodos_y_tecnicas_ep_oscar_jara.pdf.

TRAYECTORIAS ASISTENCIALES EN EL ACCESO A AUDÍFONOS PARA PERSONAS MAYORES: PUNTOS CRÍTICOS PARA EVALUAR LA POLÍTICA GES EN CHILE

Christopher Alfaro Reyes¹
Constanza Venegas Acevedo

INTRODUCCIÓN

Chile es un país envejecido; la población mayor (PM) de 60 años se estima en 18% y se proyecta que seguirá aumentando, representando un tercio del país para el 2050 (1).

Esta población presenta una mayor prevalencia de hipoacusia, estimándose en un tercio de la PM, lo que se asocia con dificultades en la comunicación, aislamiento social, depresión, demencia y dependencia (2).

Los audífonos son la opción de tratamiento más disponible para quienes sufren pérdida auditiva relacionada al envejecimiento y su uso ha demostrado beneficios en la calidad de vida (3).

En 2005, se implementó en Chile el sistema de garantías explícitas en salud (GES), el cual brinda acceso a prestaciones con plazos definidos para personas con ciertas patologías. En 2007, se incorporó la hipoacusia bilateral en mayores de 65 años que requieren el uso de audífonos, garantizando acceso sin costo económico a quienes cumplen los criterios diagnósticos (4).

Esta política no ha sido evaluada. Estudios han evidenciado problemas en su implementación, como la barrera de acceso derivada de la disponibilidad de otorrinolaringólogos (ORL). A octubre de 2023, la lista de espera era de 224.600 personas, la segunda más extensa a nivel nacional.⁵

Las trayectorias asistenciales de usuarios permiten identificar puntos críticos en la atención de los problemas de salud y constituyen una herramienta para la evaluación de políticas públicas (6).

OBJETIVO

Identificar puntos críticos en la implementación de la política de rehabilitación de hipoacusia en personas mayores de 65 años en Chile, en relación con su acceso, equidad, efectividad, seguimiento y las falencias en el cumplimiento de las garantías en salud, las cuales repercuten en el derecho a la salud de la población mayor.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de análisis de casos extendido, a través de la reconstrucción de las trayectorias asistenciales de personas mayores de 65 años con hipoacusia en Chile, usuarias de audífonos, identificando aspectos críticos del proceso salud-enfermedad-atención-desatención.

1 E-mail: czalfaro@gmail.com

Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas a personas mayores usuarias de audífonos para reconstruir sus trayectorias asistenciales desde el inicio de los síntomas, pasando por la primera consulta y derivación, hasta la confirmación diagnóstica por el especialista y la entrega del audífono, incluyendo controles de seguimiento y repercusiones en la vida cotidiana. Se analizó el contenido de las entrevistas, identificando categorías alusivas a los puntos críticos en las diferentes etapas del flujograma propuesto por la guía GES.

RESULTADOS

Al analizar las entrevistas, se identificaron cuatro dimensiones según el flujograma propuesto en la guía GES: (Sospecha de hipoacusia e impacto en la vida diaria; Derivación a ORL y diagnóstico; Prueba y entrega de audífonos; Rehabilitación y controles). En cada dimensión se destacan problemas, los cuales se agruparon en 12 categorías que se describen a continuación.

Impacto en la vida diaria y sospecha de hipoacusia: la falta de audición les ha generado problemas familiares y de entorno:

“Cuando estábamos en grupo tenía que andar preguntando qué es lo que yo había acordado” (LAE, femenino (f), 86 años).

Diagnóstico y derivación: se identifican dificultades sobre tiempos de espera y falta de comunicación efectiva al usuario:

“No me dijeron nada que ya tenía problemas en el oído. Después me llamaron para entregarme audífonos. No sé cuánto tiempo me llamaron.. como no me dijeron que tenía un problema, les dije que yo nunca había pedido audífonos” (LAE, f, 86 años).

Prueba y entrega de audífono: destacan barreras en tiempos de espera, entrega masiva y poco efectiva

“Yo pensaba mientras esperaba que uno es paciente también, porque está horas y horas esperando. Y me canso. Y yo decía, ¿por qué no me informan al tiro lo mío? ¿Por qué tiene que estarle dando la información al otro? Decía una cosa a mí y después a el otro” (FFM, f, 83 años).

“Llaman en forma masiva. Llaman hartos al tiro. Son horas que hay que esperar” (FFM, f, 83 años).

Rehabilitación y controles: refirieron problemas debido a la falta de adaptación, seguimiento, desperfectos y renovación

“La verdad que para mí era molesto porque esos ruidos, hasta el viento uno los siente por todo. Entonces para mí era más cómodo de repente no andar con el audífono” (FFM, f, 83 años).

“No, ningún control. Nada más” (LAE, f, 86 años).

CONSIDERACIONES

La política GES para el acceso a audífonos en personas mayores con hipoacusia se implementó en Chile hace 18 años, pero no ha sido evaluada formalmente. La metodología de estudio de trayectorias asistenciales permite explorar la realidad que experimentan los usuarios e identificar las posibles problemáticas que enfrentan.

Los tiempos de espera, la entrega masiva y la escasa efectividad de los seguimientos y controles posteriores a la adaptación del audífono son puntos críticos identificados en la trayectoria asistencial de las personas entrevistadas. Estos aspectos deben ser estudiados con mayor profundidad y en una muestra más amplia.

Es necesario preparar los sistemas de salud para los desafíos del envejecimiento, garantizando el acceso universal a tecnologías y ayudas técnicas en esta etapa. Dicho acceso debe considerar todo el flujo de atención, desde la aparición del problema de salud hasta los controles y seguimientos posteriores.

REFERENCIAS

- (1) Rojas FH *et al.* Envejecimiento En Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población. 2022. P. 84-85.
- (2) Mulrow CD. Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. J Am Geriatr Soc. 1990; 45-50.
- (3) Chang HP. Presbycusis among older Chinese people in Taipei, Taiwan: Community-based study. Int J Audiol. 2007;46(12):738-45.
- (4) Subsecretaría Salud Pública. MINSAL. Guía Clínica AUGÉ: hipoacusia en mayores de 65 años. Minsal; 2013.
- (5) Torrente, M. Acceso a la provisión de salud auditiva en pacientes con Presbiacusia: Un modelo para la atención pública en Chile. [Revistaotorrino-sochiorl.cl](https://revistaotorrino-sochiorl.cl); 2024.
- (6) Oyarce P *et al.* Trayectorias asistenciales: una metodología cualitativa para el estudio de las redes integradas de salud. VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, nov 2018.

USO DE CONTRACEPÇÃO POR MIGRANTES VENEZUELANAS NO BRASIL

Thaiza Dutra Gomes de Carvalho¹

Vitor Nogueira da Gama Couto

Paula Andrea Morelli Fonseca

Rita Suely Bacuri de Queiroz

Maria do Carmo Leal

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A partir de 2014, países da América Latina, incluindo o Brasil, receberam um número sem precedentes de venezuelanos que migraram fugindo da conjuntura social, econômica e política crítica que levou a uma crise humanitária em seu país. Estimativas indicam que mais de 7 milhões de pessoas já deixaram a Venezuela até 2023 (1).

De acordo com dados da Organização Internacional para as Migrações (OIM), o fluxo migratório continua e mais de 900 mil venezuelanos já migraram para o Brasil em 2023 (2). O estado de Roraima, que faz fronteira com a Venezuela, é o mais impactado por essa migração, seguido pelo estado do Amazonas.

Mulheres e meninas em migração forçada representam a metade desses fluxos de deslocamento. Estas apresentam necessidades de saúde específicas e são o grupo mais vulnerável a violências de todas as ordens.

No Brasil, graças à extensão do direito ao atendimento integral e gratuito à saúde aos migrantes no SUS, foi possível dar acesso aos serviços de saúde para esta população (3). Sendo assim, espera-se que as migrantes venezuelanas que residem no Brasil tenham acesso ao planejamento familiar e a métodos contraceptivos de sua escolha. No entanto, pouco se conhece sobre a saúde sexual, principalmente sobre a utilização dos métodos contraceptivos no país.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever o perfil de utilização de métodos contraceptivos por mulheres migrantes venezuelanas que residem no Brasil.

METODOLOGIA

O trabalho utilizou os dados de conduzido um estudo transversal intitulado *Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crisis in Central and South America* (REGHID). O estudo foi realizado em 2021 com 2012 mulheres venezuelanas que residiam em Manaus e em Boa Vista.

1

Escola Nacional de Saúde Pública. E-mail: thaizagomes@hotmail.com

A amostragem utilizou o método em cadeia *Respondent Driven Sampling (RDS)*, (4). Os critérios de inclusão para participação no estudo: ter nacionalidade venezuelana, residir em Boa Vista ou Manaus, possuir idade entre 15 e 49 anos, estar no Brasil há no máximo três anos, apresentar um convite válido para participar do estudo e não ter participado anteriormente do estudo.

As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras venezuelanas treinadas utilizando-se questionário estruturado.

Para este trabalho, a amostra incluiu um total de 1871 que tiveram relação sexual alguma vez durante a vida e responderam o módulo com perguntas sobre contracepção. Foram calculadas as prevalências considerando a complexidade amostral. As análises foram realizadas no software SPSS.

RESULTADOS

Três em cada quatro mulheres tiveram relação sexual no último ano e a maioria (63%) não utilizou preservativo masculino nenhuma vez. As principais razões para não utilização da camisinha foram: confiar no parceiro (50%), usar outro método contraceptivo (15%) e não gosta de fazer sexo com preservativo masculino (11%). Estes resultados são semelhantes ao das brasileiras [6].

Quase metade das entrevistadas (46%) usavam algum método contraceptivo enquanto viviam na Venezuela. Sendo os mais usados a pílula (24%), seguido de injetáveis (19%) e preservativo masculino (19%), ligadura de trompas (14%) e DIU de cobre (14%).

Já quando no Brasil, 53% faziam uso de contracepção, valor muito inferior ao observado entre as mulheres brasileiras, que foi de 84% (6).

Entre as venezuelanas e no período em que já viviam no Brasil, os contraceptivos injetáveis eram os mais usados (35%), seguido pelo preservativo masculino (21%), pílula (16%) e ligadura tubária (13%), DIU de cobre (10%).

Há uma mudança no perfil de utilização de contraceptivos durante a migração. Enquanto viviam na Venezuela o principal método utilizado era a pílula (21%) e após chegarem ao Brasil o mais usado foram os contraceptivos injetáveis (35%), com a pílula passando para a terceira opção mais utilizada, ficando atrás inclusive do preservativo masculino.

Estes dados diferem do perfil de utilização das brasileiras que preferem a pílula e demonstram como a migração tem impacto sobre as escolhas e preferências em relação à saúde sexual de mulheres migrantes (6).

A principal forma de obtenção destes métodos pelas migrantes foram os serviços de saúde (50%), seguido da compra com recursos próprios (25%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo permitiu identificar diferenças culturais sobre as preferências da utilização de métodos contraceptivos das migrantes venezuelanas quando comparadas às brasileiras e contribuir para a proposição de estratégias de planejamento reprodutivo que respeitem e reconheçam especificidades da migração prolongada, diversidades culturais e de saúde com as migrantes.

Apesar do pequeno aumento na prevalência de utilização de métodos contraceptivos pelas migrantes após chegarem ao Brasil, as venezuelanas usam menos métodos do que as brasileiras. O acesso ao planejamento reprodutivo pelas mulheres migrantes é um direito e precisa ser ampliado no SUS

REFERÊNCIAS

- (1) R4V. Refugiados e Migrantes. Disponível em: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>. [citado 2024 maio 10].
- (2) Organização Internacional para as Migrações. Informe migração venezuelana julho de 2023 [Internet]. 2023. Disponível em: http://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/2023-08/informe_migracao-venezuelana_jul23.pdf.
- (3) Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União.
- (4) Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. Soc Probl. 1997;44(2):174-99.
- (5) Felisbino-Mendes MS et al. Comportamento sexual e uso de preservativos na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Rev Bras Epidemiol. 2021;24(2):e210018.supl.2. doi:10.1590/1980-549720210018.supl.2.

VIOLÊNCIA E ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Caroline Cristaldo Barbosa¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Discorrer sobre a violência e assédio no ambiente de trabalho em áreas de saúde pública mostra-se importante devido a evidências que pautam a saúde do trabalhador. A violência é um fenômeno complexo que adquire diferentes formas, a Organização Mundial da Saúde define violência como “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”(1).

O assédio moral no trabalho é um problema antigo que existe desde o início das relações de trabalho, resultando em sofrimento, dor, adoecimento e baixa produtividade. Estudos apontam o potencial nocivo de tais comportamentos, podendo levar à degradação grave de saúde e até a morte do indivíduo. Existe forte presença de trabalhadores do sistema público de saúde que sofrem assédio moral, trabalhadores da saúde estão mais sujeitos a violência por estabelecerem contato com pessoas em situação de angústia, sejam pacientes ou familiares.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica simples, foram utilizadas as bases de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (PUBMED) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com as palavras busca Bullying OR Workplace bullying AND Health Personnel AND Occupational Stress, com estudos publicados dentro de cinco anos. Os critérios de exclusão foram: (A) não conter as palavras de busca ou sinônimos no título, introdução ou resumo, (B) conter as palavras de busca e não estar relacionado assédio no local de trabalho, (C) artigos sem acesso completo, (D) artigos duplicados, (E) publicações em idiomas que não fossem inglês ou português.

RESULTADOS

Foram encontrados 1.101 artigos, após aplicação dos critérios 16 artigos foram selecionados.

Evidencia-se que 74% de uma amostra foi exposta a violência no local de trabalho. Os agressores prevalentes de violência emocional (88%) e física (77%) foram pacientes e/ou familiares, seguida de violência emocional (59%) e física (14%) de empregadores e/ou colegas. Um estudo evidenciou que testemunhas de atos de assédio tiveram níveis mais altos no Questionário de Atos Negativos.

Notou-se que 36,1% dos assediadores estão entre pacientes, familiares ou parceiros, 15,2%

1

E-mail: caroline_cristaldo@hotmail.com

colegas de trabalho, 100% da violência foi verbal, porém 79,1% sofreram violência física e 31,9% sofreram violência sexual. Enfermeiros em unidades de internação de saúde mental sofrem mais violência do que os colegas de atendimento ambulatorial e reabilitação, estresse ocupacional, vivência de violência no trabalho e falta de empatia traz malefícios a trabalhadores de saúde mental.

Um estudo destaca assédio moral como uma das principais causas de enfermeiros deixarem a carreira, trabalhadores expostos a bullying tiveram pior pontuação na Ferramenta de Indicador Executivo de Segurança em Saúde, 49,37% de enfermeiros mostraram baixo risco de idealização suicida enquanto outros 13,26% mostraram altos índices de idealização.

No assédio relacionado a covid, 8% dos participantes da pesquisa indicaram que eles ou familiares sofreram assédio ou algum tipo de violência por estarem ligados a locais de trabalho relacionados à saúde, observou-se que o assédio moral não teve aumento durante os meses de pandemia estudados, ao contrário de outro estudo. Existe uma maior taxa de assédio moral sofrido por paramédicos durante a pandemia, quando comparado a outros profissionais da saúde em unidades de pronto atendimento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A violência emocional pode ser um aspecto inevitável na profissão da enfermagem, especialmente quando é percebida como não intencional devido a patologias cognitivas de pacientes, por vezes normalizando a violência emocional para preservar suas identidades e manter relacionamentos atenciosos com pacientes e familiares (2).

Além da violência e sofrimento emocional existem outros fatores que fazem enfermeiros desistirem da carreira, sendo ambiente de trabalho desafiador devido à alta exigência de cuidados, decepção com a profissão e cultura de hierarquização e discriminação (3).

Profissionais de saúde são mais propensos a sofrer assédio, porém durante a pandemia de Covid-19 o fato tornou-se mais evidente e com um aumento de casos em alguns aspectos, tais fatos devem-se ao estigma das doenças infecciosas, além de serem uma preocupação de saúde pública (4,5).

REFERÊNCIAS

- (1) Krug EG *et al.* Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
- (2) Havaei F, Macphee M. Effect of workplace violence and psychological stress responses on medical-surgical nurses' medication intake. *Canadian journal of nursing research*. 2021;53(2):134-144.
- (3) Bahlman-Van Ooijen W *et al.* Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. *J Adv Nurs*. 2023 Dec;79(12):4455-4471.
- (4) Dye TD *et al.* Risk of covid-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ open*. 2020;10(12).
- (5) Hines SE *et al.* Trends in moral injury, distress, and resilience factors among healthcare workers at the beginning of the COVID-19 pandemic. *Internat J Environ Research Public Health*. 2021;18(2):488.

VISIBILIDADE, PREVENÇÃO E RISCOS SILENCIADOS: UMA REVISÃO SOBRE MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE ISTS EM MULHERES LÉSBICAS, BARREIRAS E INVISIBILIDADES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Vitória Campos Ferreira de Aguiar¹

Mariana da Graça Machado

Vivianne da Cruz

Barbara Franco Quites

Letícia Cassiano dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam uma invisibilidade histórica nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva. Apesar de haver uma Política Nacional de Saúde Integral voltada para a população LGBTQIA+, as especificidades relacionadas à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre mulheres que fazem sexo com outras mulheres (MSM) ainda são negligenciadas. A literatura aponta que muitas dessas mulheres não se percebem como suscetíveis às ISTs, reproduzindo um imaginário social que associa o risco apenas à heterossexualidade. Essa percepção errônea é frequentemente reforçada por profissionais de saúde, que, por estarem despreparados ou desinformados, não oferecem orientações adequadas [1].

Além disso, a ausência de insumos específicos, como barreiras de proteção bucal, compromete a efetividade das práticas preventivas. Esse cenário revela que as práticas de cuidado em saúde sexual ainda são fortemente orientadas por normas heterocentradas, excluindo e silenciando as diversas experiências sexuais das mulheres lésbicas. É urgente refletir sobre a necessidade de revisar as políticas públicas e a formação em saúde, garantindo que as práticas assistenciais considerem a diversidade sexual e as especificidades dessa população, assegurando um atendimento mais inclusivo e eficaz [1].

OBJETIVO

Analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os métodos de prevenção de ISTs indicados para mulheres lésbicas, bem como discutir as lacunas existentes nas políticas públicas e nas práticas de cuidado ofertadas pelos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, fundamentada na metodologia de Mendes [2]. A pergunta norteadora foi construída com base na estratégia PICO: População (mulheres lésbicas e bissexuais), Interesse (orientações de saúde para prevenção de ISTs) e Contexto (publicações técnicas e científicas recentes), resultando na seguinte questão: “Quais as orientações de saúde voltadas à

1 Universidade Federal Fluminense. Email: vtoriaa@id.uff.br

prevenção de infecções sexualmente transmissíveis direcionadas a mulheres lésbicas e bissexuais, na literatura nacional e internacional?” [1].

As buscas foram realizadas nas bases LILACS, BDENF e MEDLINE, utilizando os descritores: Prevenção; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Lésbica; Homossexualidade Feminina; Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres; WSW/MSM, conforme o DeCS. Foram incluídos estudos entre novembro de 2005 e agosto de 2022. As fontes mais antigas foram mantidas por seu caráter clássico ou por ausência de dados atualizados. A análise, de cunho descritivo e crítico, abordou as estratégias preventivas propostas, os desafios na adesão e as lacunas nas orientações profissionais, considerando os marcadores de gênero e sexualidade [1].

RESULTADOS

Após a associação dos descritores nas bases de dados, foram identificados 301 artigos, dos quais oito foram selecionados para esta revisão integrativa. As publicações são provenientes das bases MEDLINE (2), LILACS (1), SCIELO (3) e fontes secundárias (2), abrangendo estudos realizados no Brasil e na Austrália, nos idiomas português e inglês. Os métodos empregados incluem estudo transversal, pesquisa intervenção, revisão sistemática, estudo correlacional, método misto sequencial, estudo de etiologia, metanálise e estudos descritivos e exploratórios. A maioria dos artigos apresenta baixo nível de evidência, segundo classificação de Galvão [3] e Montagna *et al.* [4], revelando a escassez de pesquisas específicas sobre a prevenção de ISTs em mulheres lésbicas [1].

Entre os métodos preventivos identificados, destacam-se barreiras para sexo oral, como dental dam, preservativos adaptados, filme de PVC e preservativo de língua. Para práticas manuais, são mencionadas dedeiras e luvas. No uso de brinquedos sexuais, recomenda-se o uso de preservativos e a higienização dos objetos. Também são descritas orientações de higiene, uso de lubrificantes à base de água e soluções microbianas tópicas. Contudo, os estudos indicam ausência de insumos específicos, falta de informação, desconhecimento sobre o uso correto das barreiras e mitos sobre a invulnerabilidade das relações entre mulheres. Esses fatores contribuem para a baixa adesão às práticas preventivas e ao afastamento dos serviços de saúde, reforçando a invisibilidade institucional e a necessidade de estratégias educativas que considerem a realidade e subjetividade dessa população [1].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A revisão demonstrou que a prevenção de ISTs em mulheres lésbicas e bissexuais é atravessada por múltiplas barreiras: ausência de insumos específicos, lacunas na formação profissional, invisibilidade nas políticas públicas e naturalização de discursos heterocentrados. A crença na baixa vulnerabilidade entre mulheres, somada ao despreparo dos profissionais e à escassez de estudos, reforça o afastamento dessa população dos serviços de saúde [1].

Embora existam políticas voltadas à população LGBTQIA+, ainda falta aprofundar as discussões sobre as práticas sexuais entre mulheres. É urgente adotar uma postura inclusiva e de escuta ativa,

com acesso a insumos e materiais educativos adequados. O enfrentamento dessa invisibilidade exige revisão crítica das práticas profissionais e fortalecimento das políticas públicas. Este estudo contribui ao destacar essas fragilidades e reforça a necessidade de ações intersetoriais para garantir o cuidado integral, humanizado e livre de discriminações [1].

REFERÊNCIAS

- (1) Aguiar V. Métodos de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão integrativa da literatura [Internet]. Repositório Institucional UFF. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2023. Disponível em: : <https://app.uff.br/riuff/handle/handle/1/30430>.
- (2) Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto–enferm [Internet]. 2008Oct;17(4):758–64. doi: [10.1590/S0104-07072008000400018](https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018).
- (3) Galvão CM. Níveis de evidência. Acta paul enferm [Internet]. 2006Apr;19(2):5. doi: [10.1590/S0103-21002006000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001).
- (4) Montagna E, Zaia V, Laporta GZ. Adoption of protocols to improve quality of medical research. Einstein (São Paulo). 2019;18:eED5316. doi: [10.31744/einstein_journal/2020ED5316](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5316).

VISITA TÉCNICA EM LAVANDERIA HOSPITALAR: ANÁLISE DE RISCOS OCUPACIONAIS E DA SEGURANÇA NO TRABALHO

Lais Silva Gomes¹

Antônio Carlos Vieira Ramos

Anna Maria Meyer Maciel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é um componente da Vigilância em Saúde que estuda as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença. Estas são dinâmicas e articuladas aos modos de desenvolvimento produtivo humano em determinado momento histórico [1]. Conforme a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela portaria nº 1.823/2012, ser trabalhador independe da localização do trabalho, forma de inserção no mercado ou do vínculo empregatício. Esse documento estabelece, dentre diversas diretrizes, a necessidade de identificar e analisar os riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores estão expostos [2]. Os riscos ocupacionais são classificados quanto ao tipo (biológico, químico, físico, ergonômico e acidentes) e intensidade (pequena, média e grande) [3]. Ademais, a Política indica que oportunamente, sejam organizadas e implementadas estratégias para prevenir o adoecimento relacionado às atividades laborais, bem como acidentes que podem acometer, de diferentes formas, o trabalhador [2]. Nesse sentido, a saúde do trabalhador, torna-se uma disciplina curricular essencial nos cursos de graduação em Enfermagem.

OBJETIVO

Relatar a experiência de discentes do sexto período do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma instituição pública de ensino superior do sudoeste de Minas Gerais, referente a uma visita técnica em uma lavanderia de um hospital filantrópico para analisar os riscos ocupacionais e a segurança no trabalho.

METODOLOGIA

A visita técnica integrou um rol de atividades da disciplina de Enfermagem na Saúde do Trabalhador do referido curso. A visita técnica ocorreu em novembro de 2024 e foi guiada pela responsável administrativa do setor, acompanhada por estudantes e a docente da disciplina.

RESULTADOS

A lavanderia possui três áreas: suja, limpa e costura que estão em espaço único delimitado por alvenaria. O chão possui linhas coloridas sinalizando o fluxo, as quais também indicam rotas de fuga. Em geral, os discentes identificaram na área suja: risco biológico, de alta intensidade, devido

1

Universidade do Estado de Minas Gerais. lais.214686@discente.uemg.br

ao contato dos trabalhadores com roupas/enxoval em distintos graus de sujeidade, potencialmente contaminados por agentes etiológicos além da exposição eventual a materiais perfurocortantes. O risco químico, de alta intensidade, devido ao contato dos trabalhadores com saneantes em alta concentração e exposição à poeira. O risco físico, de média intensidade, evidenciado pelo calor excessivo e ruídos oriundos das máquinas de lavar industriais. O risco ergonômico, de alta intensidade, mediante: ao levantamento e transporte manual dos sacos plásticos nos quais são depositadas as roupas/enxoval, à postura inadequada e ao esforço físico intenso adotados nessa tarefa e ao trabalho noturno. A intensidade do risco para acidentes foi classificada como pequena devido à possibilidade de contato dos trabalhadores com eventuais animais peçonhentos presentes nas roupas/enxoval e respingos de produtos químicos no piso que podem submeter as vítimas a afastamentos e tratamentos clínicos que podem alterar a dinâmica familiar. Embora na área suja tenham sido identificados todos os tipos de riscos ocupacionais e existam placas de sinalização contendo informação sobre uso obrigatório de equipamentos de proteção individual (máscara, luvas, óculos, botas, avental, gorro) fornecidos pelo empregador, os discentes notaram que os trabalhadores não utilizavam protetor auricular mesmos expostos ao ruído das máquinas de lavar industriais. Ressalta-se que esse equipamento não é fornecido pelo empregador.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A visita técnica à lavanderia hospitalar, no contexto da disciplina de Enfermagem na Saúde do Trabalhador, permitiu aos discentes: conhecer o seu funcionamento e relevância, bem como identificar e analisar os riscos ocupacionais e a segurança no trabalho. Esses elementos são essenciais para se refletir sobre o processo saúde doença que perpassa ainda pela influência de fatores individuais (modificáveis e não modificáveis) e da situação social, econômica e política na qual o trabalhador está inserido. Ainda, os discentes perceberam a relevância de ampliar o olhar para produzir um cuidado diferenciado ao trabalhador, considerando os diversos fatores causadores de agravos relacionados ao trabalho.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- [2] Brasil. Portaria n. 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, 2012.
- [3] Lerner FH, Cardodo SC, Peralta CBL, Matias GS, Campos RVM. Elaboração do mapa de risco em uma indústria de biossegurança. *Relainep*. 2016;4(6):78-91.

VOLVIENDO A LOS ORÍGENES DE LA PARTERÍA, LA INTEGRACIÓN DE LAS PARTERAS DE LA COMUNIDAD EN LA CASA DE PARTOS DE JALTENANGO DE LA PAZ EN CHIAPAS, MÉXICO.

Alfaro González Mónica Adela¹

Montaño Sola Mariana Yulian

INTRODUCCIÓN

En México las parteras datan de la época prehispánica y tenían un gran prestigio dentro de los pueblos indígenas. Con el proceso de la conquista la partería se occidentalizó y se prohibieron algunas prácticas y conocimientos de la antigua medicina tradicional, debido en parte, a que la religión católica consideraba el parto como un estado de enfermedad. Con el paso del tiempo los sectores de salud público y privado se fueron ampliando, se obstaculizó el quehacer de la partería, y se realizaron intervenciones innecesarias de forma rutinaria. Además, en la medicina hospitalaria no se respetan las decisiones de la mujer y su poder de elección sobre su cuerpo (1). Sin embargo, en Chiapas la partería sigue viva, las parteras siguen siendo el vínculo entre las mujeres de la comunidad y los servicios de salud públicos, continúan brindando atención directa e individualizada a las mujeres, especialmente donde el acceso a los servicios de salud es limitado. Las parteras son consideradas personas clave para prevenir y disminuir la mortalidad materna de nuestro país (2), es por eso que este trabajo habla sobre la integración que se logró en una casa de partos en Jaltenango de la paz, Chiapas. A nivel nacional existen leyes y normas para la práctica de la partería, a pesar de eso, en muchas clínicas se obstaculiza y violenta el ejercicio de la partería: prohibiendo la atención de partos, no dejando que revisen a la mujer gestante, cuestionando su conocimiento e inclusive negándoles los certificados de nacimiento.

La Casa de partos de Jaltenango de la Paz trabaja en colaboración con IMSS-bienestar y Compañeros en Salud trata de impulsar el quehacer de la partería promoviendo que parteras de la comunidad puedan brindar sus servicios en esta unidad y respaldando su trabajo. En este centro de atención actualmente se colabora entre parteras, enfermeras y médicos, brindando una atención integral y multidisciplinaria.

OBJETIVO

Este trabajo tiene como propósito describir el trabajo que se ha realizado con las parteras de la comunidad y la casa de partos, mediante el fortalecimiento y la visibilización del quehacer de la partería y los beneficios que ha traído tanto para este centro de atención de parto, las parteras, las mujeres gestantes y la comunidad.

1 Compañeros En Salud, México Partners In Health, ONG. E-mail: malfaro@pih.org

METODOLOGÍA

En la Casa de partos se ha establecido el vínculo con las parteras que viven en la región, haciendo reuniones para conocerlas y buscar de forma activa la colaboración así también hacer un intercambio de conocimientos para brindar una atención integral a las mujeres que atendemos. En el 2017 se logró la integración de 3 parteras, que ayudo a que las mujeres tuvieran la confianza de acercarse a esta unidad de salud, que buscaban a las parteras principalmente. En el 2021 se logró contactar 12 parteras, a las cuales se les hizo una visita domiciliaria para conocer su trabajo y sus necesidades mediante una entrevista y un cuestionario. Las parteras mostraron apertura para conocer el modelo y al personal de la casa de partos. Sin embargo, muchas de ellas prefieren colaborar desde su casa ya que es donde las mujeres las van a buscar para realizar sobadas, curaciones, acomodar la matriz, revisar al bebé. Reconocemos el valor de las parteras para su comunidad y por lo tanto, decidimos individualizar la forma de trabajo con cada una de ellas.

Mediante la cercanía con las parteras también tratamos de conocer, entender y preservar los conocimientos de la medicina tradicional de la región y continuar favoreciendo su uso como: té medicinal, baños de hierbas, uso de plantas de la región, rebozo, entre otras. Las parteras nos han ayudado a promover el proceso fisiológico centrado en cada mujer, libre de intervenciones médicas innecesarias. Las parteras han sido esenciales para ayudarnos a conocer más a las mujeres, ya que son ellas las que conocen el lugar donde viven, su alimentación, su contexto y dinámicas familiares, etc. Esto ha permitido que las mujeres tengan una mejor experiencia en la atención de su parto y que ellas puedan expresar sus necesidades sin ser juzgadas, ni violentadas. Se apoya a las parteras para que se reconozca y visibilice su trabajo mediante folletos, lonas y promoviendo su trabajo a las usuarias que atendemos, así como acompañándolas en el sector salud para que puedan seguir atendiendo sin prejuicios y violencia. También se ha logrado la atención oportuna de muchas mujeres, ya que las parteras logran identificar factores de riesgo y datos preocupantes, son las parteras quienes, muchas veces, acompañan a las mujeres para que reciban atención en la casa de partos. En la casa de partos se realiza una valoración integral tomando en cuenta la salud mental de las usuaria, se realizan estudios y de ser necesario se gestiona la referencia oportuna a un hospital de segundo o tercer nivel. Las parteras que acuden a casa materna se benefician de ciertos apoyos, una despensa mensual, un kit de partera que contienen materiales para la atención de parto como: gasas, aceite para sobar, cinta umbilical, alcohol, guantes; se le apoya con alimentos durante su visita y las que viven lejos se les da un vale para su transporte, esto no es un pago equitativo a su trabajo, más bien un incentivo por el apoyo que nos brindan.

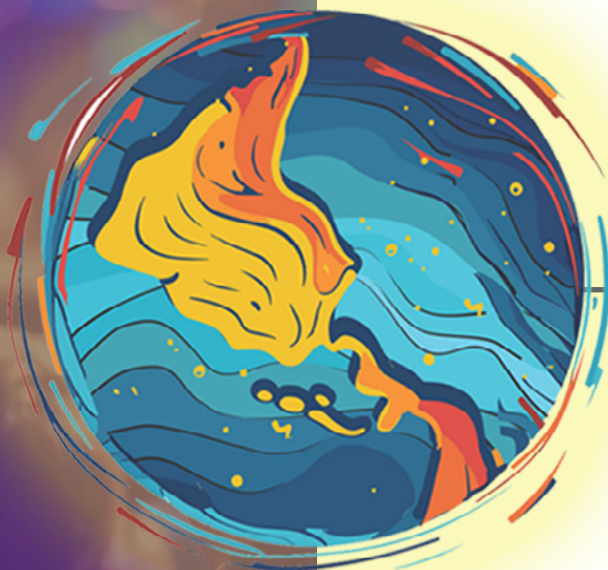
CONSIDERACIONES

Las parteras son parte fundamental para la atención de las mujeres, el recién nacido y las familias, ya que con ellas la población se siente seguras y se ven beneficiadas porque se detectan y previenen oportunamente las complicaciones durante el embarazo y parto. Con esta colaboración e

integración se logra que la atención sea multidisciplinaria e intercultural, para que las mujeres puedan tener una experiencia de parto fisiológico positivo, siendo ellas las protagonistas, decidiendo con información sobre sus cuerpos y su salud sexual y reproductiva, respetando la cultura de la región; sin duda gracias a esto, como personal de salud nos deja muchos aprendizajes de las parteras porque reaprendemos y visibilizamos su trabajo, ofreciendo un apoyo que es poco comparado con los muchos conocimientos que nos comparten; también compartimos experiencias haciendo un intercambio de saberes, respetando siempre el linaje que nos hace volver a los orígenes de la partería.

REFERENCIAS

- (1) Archivo general de la nación. Las parteras mexicanas, sabiduría ancestral. 2023 [acceso 14 fevereiro 2025].
Disponível em: <https://www.gob.mx/agn/articulos/las-parteras-mexicanas-sabiduria-ancestral?idiom=es>
- (2) Mexico. Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención materna y neonatal. Diario oficial de la federación; 2025 [acceso 05 março 2025].
Disponível em: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5750807&fecha=04/03/2025#gsc.tab=0



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 4: SALUD Y DEMOCRACIA

EIXO 4: SAÚDE E DEMOCRACIA

Cartel/Poster

EJE 4: SALUD Y DEMOCRACIA/EIXO 4: SAÚDE E DEMOCRACIA

Cartel/Poster

1A CONFERÊNCIA LIVRE NACIONAL DE USUÁRIOS DA RAPS: UMA EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO PSICOSSOCIAL NO CONTROLE SOCIAL DO SUS (BRASIL, 2023)	697
A CONSTRUÇÃO DE UM MÓDULO DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE PARA RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DO SUS CAPIXABA.....	700
A LUTA POR DIREITOS, PREVENÇÃO DA VIOLENCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REFLEXÃO SOBRE ATIVIDADES FORMATIVAS COM MULHERES.....	703
A PROMESSA NÃO CUMPRIDA: A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA E A REALIDADE DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO.....	706
A TRAJETÓRIA DAS DOULAS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E DOCUMENTOS NORMATIVOS (2019-2025).....	709
ACOLHIMENTO DE ESTUDANTES NEGROS E NEGRAS NA MEDICINA: O ESPELHO QUE NÃO S E QUEBROU.....	712
AGENCIAMIENTO DE MUJERES INDÍGENAS EN CHIAPAS PARA VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA.....	715
AGPOPSUS-JUVENTUDES DO DISTRITO FEDERAL: EDUCAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO DE AGENTES POPULARES DE SAÚDE.....	717
APRENDER FAZENDO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS CRIATIVAS	720
ARTE Y CULTURA COMUNITARIA: TEJIENDO REDES TRANSFORMADORAS.....	723
ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y PODER MÉDICO: DERECHO Y PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES	726
ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE DIREITOS CONSTITUCIONAIS DO ACESSO A MEDICAMENTOS.....	729
BRINCAR, CUIDAR E PERTENCER: PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA OCUPAÇÃO PAULO FREIRE.....	731
COMISSÃO DE MOBILIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL-RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	734
CONQUISTA DE LA SALUD COMO DERECHO: RELATO DE LA EXPERIENCIA URUGUAYA DE ARTICULACIÓN ENTRE MOVIMIENTOS SOCIALES Y FUERZA POLÍTICA DE IZQUIERDA (2025- 2030)	736
CONQUISTAS E MUDANÇAS NA SAÚDE: DEMANDAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS.....	739
CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS: PERSPECTIVAS DE USUÁRIOS, TRABALHADORES E GESTORES	741
CRIATIVIDADE E CONSCIENTIZAÇÃO: O PODER DO CONCURSO DE FRASES E DESENHOS NA LUTA CONTRA AS ARBOVIROSES	744
CUIDADO DE LA VIDA: SABERES POPULARES EN SALUD EN LA VEREDA LOS ANDES – ZONA DE RESERVA CAMPESINA CUENCA DE RÍO PATO Y VALLE DE BALSILLAS, CAQUETÁ, COLOMBIA	747
CUIDAR DE QUEM CUIDA: UMA EXPERIÊNCIA DE MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS PERIFÉRICOS.....	750

CURSO DE ABOGACÍA EN LÍNEA: RECONOCIENDO LA LABOR Y EXPERIENCIA DE TRES DISTINTOS TIPOS DE TRABAJADORES COMUNITARIOS DE SALUD DE LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS, MÉXICO	753
DEMOCRACIA PARTICIPATIVA NA SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DO PDPI NA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	756
DEMOCRATIZANDO EL CURRÍCULUM DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD: UN DESAFIO NECESARIO EN EL PROCESO FORMATIVO MEDIANTE LA INVESTIGACION	759
DESAFIOS NA CRIAÇÃO E MANUTENÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	762
DIREITOS HUMANOS, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ADVOCACY NAS FAVELAS CARIOCAS: “A GENTE FAZ O QUE DÁ!”	764
EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM CASOS DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	767
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA	770
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS IDOSAS POR MEIO DA LITERATURA E DE OUTRAS EXPRESSÕES ARTÍSTICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM PROJETO DE EXTENSÃO	773
EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FOMENTAR EL CONOCIMIENTO Y BUENAS PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE DENGUE EN ESCOLARES DE BARRANQUILLA–COLOMBIA.	776
EL OBSERVATORIO DE CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES (OCSA) DE QUEBRADA Y PUNA DE JUJUY, ARGENTINA. UNA EXPERIENCIA COLECTIVA EN TORNO A CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES	778
ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL INFORMATIVO ACERCA DO DESCARTE CORRETO DE MEDICAMENTOS	781
“ELES ACABAM INGERINDO AS COISAS QUE SÃO MAIS BARATAS”: A RELAÇÃO ENTRE ACESSO À ALIMENTAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	783
ENTOMOFAVELA: VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA POPULAR EM FAVELAS DA MARÉ CONTRA O AEDES AEGYPTI, SOB A ÓTICA DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E RACISMO AMBIENTAL	786
ESCUELAS ABIERTAS DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA (TEMUCO, CHILE): CO-CONSTRUCCIÓN POPULAR E INTERCULTURAL EN SALUD Y BIENESTAR	789
ETNOGRAFIANDO O INVISÍVEL: PENSANDO O CUIDADO EM USOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COM JUVENTUDES FAVELADAS DO RIO DE JANEIRO	792
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA: ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM VULNERABILIDADE NA AMAZÔNIA	795
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA SAÚDE: REFLEXÕES DA EXPERIÊNCIA ESTUDANTIL ENTRE TEORIA, PRÁTICA E DESAFIOS NA CURRICULARIZAÇÃO	798
FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME PÓS-COVID 19 EM TRABALHADORES: UMA REVISÃO DE ESCOPO	801

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM UMA PERSPECTIVA CRÍTICA E PARTICIPATIVA: O CASO DOS MONITORES DA PESQUISA SOBRE AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE.....	803
FORTALECENDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: A EXPERIÊNCIA DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	806
FORTALECIMENTO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO POR MEIO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS.....	809
FORTALECIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: LA EXPERIENCIA DE LA DIPLOMATURA EN PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA DE LA UNLP, ARGENTINA.....	811
HABITAR UN HOSPITAL COMO CONTRACARA A LA EXCLUSIÓN: LA EXPERIENCIA DE UNA HUERTA HOSPITALARIA COMO DISPOSITIVO FACILITADOR PARA EL LAZO SOCIAL DE USUARIOS DE SALUD MENTAL.....	813
HESITAÇÃO VACINAL E CLASSE SOCIAL NA ANÁLISE CRÍTICA DAS ABORDAGENS MULTICAUSAIS	816
¿"LA CLÍNICA ES NUESTRA?": TRABAJADORAS COMUNITARIAS DE SALUD Y SUS DISPUTAS SOBRE AUTONOMÍA SANITARIA BAJO UN CONTEXTO DE VIOLENCIAS MÚLTIPLES EN CHIAPAS, MÉXICO	819
INOVAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: RESULTADOS DO PROJETO PDPI NO ESPÍRITO SANTO.....	822
MAPEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE ENTIDADES MÉDICAS PARA COMUNICAÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DIGITAL: LIMITES ENTRE O MERCADO E O DIREITO À SAÚDE.....	825
MEMÓRIAS DAS CONSULTAS PÚBLICAS DOS 34 DSEIS: UM MARCO HISTÓRICO DA AGSUS NA SAÚDE INDÍGENA.....	828
MENTORÍA EN INVESTIGACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL: INFORME DE EXPERIENCIA DE FUNDACIÓN ETIKOS EN REPÚBLICA DOMINICANA.....	831
MÍDIAS SOCIAIS COMO FERRAMENTA DE CONHECIMENTO PARA ADOLESCENTES: A EXPERIÊNCIA DO ADOLEQUÊ	834
MONITORES DA PESQUISA DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A DIVERSIDADE COMO DISPOSITIVO DE APRENDIZAGEM	837
MOVIMENTOS SOCIAIS E BANCO MUNDIAL: PROPOSTAS EM DISPUTA PELA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NA ARGENTINA.....	840
NECESSIDADES DE SAÚDE DE ADOLESCENTES ESCOLARES E REDES DE APOIO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	842
“NOIZ É NÓIA, MAS É JÓIA!": A EDUCAÇÃO SOBRE DROGAS COMO INSTRUMENTO DE UMA REDUÇÃO DE DANOS (RD) EMANCIPATÓRIA E ANTIPROIBICIONISTA.....	845
NOVELAS DO CAPS: A PRODUÇÃO AUDIOVISUAL COMO FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL E CUIDADO COLETIVO EM SAÚDE MENTAL.....	848
O ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO COMPONENTE CURRICULAR DE SAÚDE COLETIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UNEB	851
O CAMINHAR DO SUS: DEMOCRACIA OU BARBÁRIE.....	854

O IMPACTO DA FRENTE PARLAMENTAR MISTA DA VACINA NO AUMENTO DA COBERTURA DE IMUNIZAÇÃO EM NITERÓI/RJ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	857
O PODER DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	860
O PROJETO ESCOLA CIDADÃ COMO AGENTE PROMOTOR DA SAÚDE.....	863
OFICINA DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NOS TERRITÓRIOS-EDUCAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO DE PESSOAS CONSELHEIRAS.....	866
OS DETERMINANTES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE: FATORES QUE AMPLIAM E QUE INIBEM O ENVOLVIMENTO E O ENGAJAMENTO DOS CONSELHEIROS SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA.....	869
OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ....	872
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL NA CIDADE DE MACAÉ.....	875
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE DIAGNÓSTICO.....	878
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA EL CONTROL DE LA MALARIA: EXPERIENCIA CON COLABORADORES COMUNITARIOS EN SANTO DOMINGO.....	880
PRÁTICAS INOVADORAS PARA A QUALIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO.....	883
PROBLEMAS DE SALUD GES Y PARTICIPACIÓN DEL KINESIÓLOGO, UNA MIRADA DESDE EL ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.....	886
PROGRAMA DE ACOLHIMENTO À TRABALHADORA HOSPITALAR (PATHOS) EM DEFESA DA SAÚDE DAS TRABALHADORAS DO SUS E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL, EM BETIM/MG.....	889
PROJETO ESCOLA CIDADÃ NA SEMANA UNIVERSITÁRIA DE 2024: REFLEXÕES SOBRE A EXTENSÃO ACADÊMICA NAS ESCOLAS DO DISTRITO FEDERAL.....	892
PROMOÇÃO DA DEMOCRACIA NO SUS: CONSTRUINDO A PARTICIPAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE NA COMUNIDADE.....	895
PROMOCAO DA SAUDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE E SEU ENTORNO: DISCURSOS DE COORDENADORES DE EXTENSAO.....	898
PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL COM ADOLESCENTES NO CONTEXTO ESCOLAR.....	901
PROMOCIÓN DE SALUD DESDE LA COMUNIDAD ORGANIZADA: FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE PROMOTORAS EN EL TERRITORIO.....	903
“RECUPEREMOS TODES LA PLAZA KEVIN” LA FUERZA DE LA ORGANIZACIÓN BARRIAL DE UN SECTOR ESTIGMATIZADO, EN LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD.....	906
REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA UNIVERSIDADE NO CONTROLE SOCIAL E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE.....	909
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE OFICINA PEDAGÓGICA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO CONTRA ARBOVIROSES EM ESCOLA MUNICIPAL.....	912

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ENQUETE SOBRE A CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE DO SUS COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA	915
SABERES QUE EMERGEM DO PROTAGONISMO DA JUVENTUDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A LIGA ACADÊMICA DE MACAÉ.....	918
SANEAMENTO E CONSCIÊNCIA SANITÁRIA: RELATO DE PROJETO EM CAMPO DO MEIO/MG	920
SAÚDE PÚBLICA, DEMOCRACIA E DESINFORMAÇÃO: O IMPACTO DOS DISCURSOS CONSERVADORES SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA O HPV NO BRASIL.....	922
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UMA REFLEXÃO ACERCA DO PAPEL DA GESTÃO DEMOCRÁTICA E SUA IMPORTÂNCIA PARA O COTIDIANO PROFISSIONAL.....	924
SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS DE PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE DE MOVIMENTOS DO FÓRUM DIREITO HUMANO À SAÚDE.....	927
STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTES À METICILINA EM RECÉM NASCIDOS DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MACAÉ/RJ: VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO	930
TEATRO COMO FERRAMENTA FACILITADORA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA DO PERÍODO 2007-2021	933
TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO CUIDADO INTEGRAL NO SUS.....	936
UENP NA COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	938
UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE (UATI): CONSTRUINDO UM ESPAÇO INTEGRADO ENTRE A MEDICINA E O SABER POPULAR DE IDOSOS DA UATI, PROMOVIDA PELA SAÚDE COLETIVA	941
URBANISMO INSURGENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DE LOS HABITANTES DE LA PERIFERIA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.	944

1ª CONFERÊNCIA LIVRE NACIONAL DE USUÁRIOS DA RAPS: UMA EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO PSICOSSOCIAL NO CONTROLE SOCIAL DO SUS (BRASIL, 2023)

Fabiane Helene Valmore¹

Cristián Montenegro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A 1ª Conferência Livre Nacional de Usuários da RAPS (1ª CLNU RAPS) (1) foi uma experiência coletiva (online) de participação política, formação popular em saúde e inclusão de pessoas usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Controle Social do SUS, coordenada pela socióloga Fabiane Valmore entre março e maio de 2023 e integrada à 17ª Conferência Nacional de Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

“Protagonizando Lutas no Enfrentamento do Desmonte da Política Nacional de Saúde Mental” é o título desta 1ª Conferência Livre que reuniu virtualmente pessoas de todas as regiões do Brasil e o sociólogo chileno Cristián Montenegro no ano de 2023. Realizada como um desdobramento da “Moção de Pesar e Solidariedade em Defesa da Participação Ampliada dos Usuários dos Serviços Públicos de Saúde Mental nas Conferências de Saúde Mental” aprovada em 2022 na V Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná e objetivando se constituir como espaço de exercício de cidadania fez chegar na 17ª CNS, em julho de 2023, na capital brasileira, seis pessoas sem o histórico de participação em Conferências de Saúde além de propostas e diretrizes de saúde mental eleitas por usuários da RAPS representando 23 estados brasileiros. Não sem desafios, pois a ação política dos usuários da RAPS frequentemente não é reconhecida como legítima e eles próprios acabam excluídos do Controle Social do SUS.

OBJETIVO

Apresentar uma análise sociológica da 1ª CLNU RAPS que priorizou a participação direta de pessoas usuárias da RAPS sem experiência de participação no Controle Social do SUS e lutou para fazer chegá-las em Brasília com propostas e diretrizes de saúde mental antimanicomial inspiradas nos quatro eixos da 17ª CNS. Ou seja, uma análise dos desafios enfrentados, das estratégias de inclusão digital e social adotadas e dos impactos no fortalecimento da democracia e da equidade no controle social do SUS.

METODOLOGIA

“Chegou a Vez e a Voz dos Usuários da RAPS” é a frase que acompanha o “Castelo” – desenho do artista visual Eduardo Marciano e usuário da RAPS do Rio de Janeiro (2) – símbolo da 1ª CLNU

1 Universidade Estadual do Paraná. E-mail: fh.valmore@gmail.com

RAPS que chegou no Presidente Lula durante a 17a Conferência Nacional de Saúde, pelas mãos do então Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Fernando Pigatto. O que isso significa? Segundo Jacques Ranciere, a política ocorre quando um grupo anteriormente excluído reivindica sua pertença a um espaço comum e manifesta a sua percepção compartilhada da realidade – quando rompe com seu ‘destino’, entendido como seu papel esperado, e atribui a si mesmo um papel próprio (3,4).

Defender e ampliar a participação direta de pessoas em sofrimento psíquico, usuárias da RAPS, nas Conferências de Saúde e de Saúde Mental foi o grande objetivo alcançado pela 1a e pela 2a CLNU RAPS, realizadas ambas em 2023. A luta pela valorização e reconhecimento dos artistas-usuários da RAPS (5), pela implementação de Centros de Convivência, Arte, Cultura e Economia Solidária em todo o território nacional, pela criação e fortalecimento de Associações, Fóruns e Coletivos emancipados, dirigidos e presididos por usuários da RAPS e pela garantia de condições humanizadas e equânimes de cuidado e atenção psicossocial em liberdade—pautas importantes da 1a e da 2a CLNU RAPS—expressa parte dos desafios da Política Nacional de Saúde Mental brasileira que ainda precisam ser superados a despeito da Luta Antimanicomial e da Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica brasileiras.

Segundo o “Consenso de Brasília de 2013”, “culturalmente, os usuários de serviços de saúde mental não são reconhecidos como “sujeitos de direitos” e vivenciam diversas formas de violação de direitos humanos, de estigma, de discriminação e de invalidação”. Em 2023, quando se celebrou os 10 anos deste Consenso, todo o processo de mobilização, construção e realização da 1a CLNU RAPS, amplamente divulgado nas redes sociais, expressou em primeira pessoa o quanto o Brasil ainda precisa avançar no campo das políticas públicas de Saúde Mental para reconhecer e respeitar os direitos dos usuários da RAPS. Mostrou que o Controle Social do SUS precisa ser ampliado e fortalecido para além das estruturas institucionais tradicionais, permitindo que usuários de serviços de saúde mental não apenas tenham voz, mas que possam decidir sobre as políticas que os afetam diretamente.

Apesar das dificuldades a 1a CLNU RAPS demonstrou a capacidade dos usuários da RAPS de se organizarem independentemente das instituições, criando espaços próprios de articulação e resistência—escreveu e fez leitura pública do Manifesto “Rumo ao Fórum Popular Nacional de Usuários da RAPS” no Encontro online de anúncio da 2a CLNU RAPS com a participação de Cristián Montenegro (3) que falou sobre “Participação social, Ativismo em Primeira pessoa e Justiça Epistêmica: algumas reflexões sociológicas” contribuindo com a formação política e teórica dos participantes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A 1a CLNU RAPS ainda que enfrentando enormes desafios estruturais e psicossociais rompeu com o padrão de exclusão epistêmica e política dos usuários e se constituiu como espaço alternativo e independente de participação social. Chegou em Brasília e fez História. Disputou narrativas e elegeu demandas próprias. Teve a presença de pessoas vindas de todas as regiões do Brasil e lutou pela participação direta de usuários da RAPS, pessoas que vivem a experiência do sofrimento psíquico comumente agravada pelo estigma e pela precarização das condições objetivas de vida. Como desejar

ação coletiva emancipada de usuários da RAPS quando o que sufoca são experiências de desrespeito, de humilhação e de invalidação vindas inclusive da própria Rede de Atenção Psicossocial do SUS? Conferências Livres Online pra quem num país sem inclusão digital e carregado de preconceitos e práticas manicomiais que inviabilizam e silenciam pessoas em sofrimento psíquico, ainda que portadoras de direitos conquistados?

REFERÊNCIAS

- (1) Usuários RAPS Livre. 1a CLNU RAPS. 2023 [acesso 2025 mar 17] Disponível em: <https://www.instagram.com/p/DG3UvSExyeG/?igsh=MXgzZDhoeXkxMTQ1MA==>
- (2) Marciano E. Castelo. 2022 [acesso 2025 mar 17] Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CY1-RLxl7TS/?igsh=MnBjbTRubGRoMWlp>
- (3) Rancière J. El desacuerdo: política y filosofía. Buenos Aires: Nueva Visión; 1996.
- (4) Montenegro C, Cornish F. Historicising involvement: The visibility of user groups in the modernisation of the Chilean Mental Health System. Crit Public Health. 2019;29(1):61–73.
- (5) Valmore F. Arte e (Lou)cura: o transitar pelos caminhos da arte como forma de desconstrução da loucura e fabricação do artista (RJ, 2019-2021). Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2021 [acesso 2025 mar 17] Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/deciso/monografias/TCC-FINAL-FABIANE-VALMORE.pdf>

A CONSTRUÇÃO DE UM MÓDULO DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE PARA RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DO SUS CAPIXABA

Mayra Fernandes Scarpi¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A comunicação é um fenômeno da realidade que envolve pessoas, objetos e ações e a simples transmissão de informações não é suficiente, já que a comunicação vem também da necessidade de compartilhar. A comunicação, para Figaro, constitui o ser humano e está nas relações sociais e nos processos produtivos. Portanto, não se limita a transmitir informações. E como parte da sociedade, a Comunicação como um campo perpassa ainda disciplinas das ciências sociais e constroi articulações, sem deixar de lado seus objetos de estudo. Um desses exemplos se dá na interface com a área da Saúde, o que favoreceu a constituição de um novo campo. O campo da Comunicação e Saúde tem o objetivo de entender e agir em processos que produzem sentido e afetam a área da saúde, utilizando-se das teorias e metodologias do campo da Comunicação em alinhamento ao interesse da Saúde. Araújo e Cardoso entendem que a comunicação não se dissocia da noção de direito quando se trata da saúde e que a Comunicação e Saúde também deve incidir para melhorar o Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as dimensões e com a participação dos cidadãos em debates de temas relevantes(1-5).

OBJETIVO

Os objetivos são compreender como as pesquisas em Comunicação e Saúde podem contribuir para a formação de profissionais de saúde do SUS; mapear pesquisas e ações de Educomunicação; realizar o levantamento das iniciativas de ensino de Comunicação e Saúde; fazer entrevistas com gestores e residentes do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) e usuários do SUS; elaborar uma proposta de módulo em Comunicação e Saúde para ser ofertada para residentes do ICEPi.

METODOLOGIA

A pesquisa consiste em analisar a formação dos residentes do instituto, cursos e disciplinas sobre Comunicação e Saúde ofertados no Brasil e entrevistas feitas com gestores e residentes do ICEPi e usuários do SUS. A construção do módulo de formação passa por um processo de pesquisa institucional que usa como método a pesquisa qualitativa por meio do estudo de caso. Yin explica que essa é uma estratégia para compreender acontecimentos contemporâneos e inclui a observação direta e uma série sistemática de entrevistas, com a possibilidade de utilizar uma variedade de evidências(6).

Uma etapa de entrevistas com residentes e gestores do instituto também foi feita para o conhecimento da percepção e da importância do campo na ótica de cada um dos participantes. Já

os usuários do SUS foram ouvidos quanto a sua percepção sobre a importância das ações de saúde realizadas nos territórios pelos residentes. Para a compreensão das respostas, utiliza-se a Análise de Conteúdo conforme Bardin (7).

Para a construção da proposta de módulo de Comunicação e Saúde para os residentes do ICEPi, foram utilizadas múltiplas fontes de evidências, como documentos públicos disponibilizados no site do instituto e entrevistas. Demais documentos que se fizeram necessários para a análise da formação dos profissionais foram solicitados ao instituto, que concedeu Termo de Anuência para esta pesquisa. O estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 81329224.8.0000.5542.

A etapa de entrevistas com residentes e gestores do instituto e usuários do SUS se deu para compreender a percepção e a importância da Comunicação e Saúde na visão de cada um dos participantes.

As etapas seguidas pelo estudo são:

- Seleção de documentos referentes aos Programas de Residências do instituto e às normas estabelecidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde;
- Entrevistas semiestruturadas e individuais com o diretor, gerentes de Ensino e de Inovação, coordenação-geral dos Programas de Residências e coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do ICEPi;
- Entrevistas semiestruturadas e individuais com residentes em Saúde da Família do instituto, a partir da indicação dos nomes pela coordenação, que vai apresentar a possibilidade de participação na pesquisa e selecionar os interessados;
- Entrevistas semiestruturadas e individuais com usuários do Sistema de Saúde que participam de forma ativa das ações realizadas nas UBS onde os residentes atuam, a partir da indicação dos mesmos.

Transcrição das entrevistas e compilado das informações fornecidas pelos participantes

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A residência em Saúde da Família foi escolhida para compor o estudo já que é a maior na oferta de vagas pelo instituto, com 60 vagas anuais, e por contar com diversas categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (8).

REFERÊNCIAS

- (1) Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- (2) França VV. O objeto e a pesquisa em comunicação: uma abordagem relacional. *In*: Lopes MIV, Moura CP. Pesquisa em Comunicação: Metodologias e Práticas Acadêmicas. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2016. p. 153–174.
- (3) Figaro R. Introdução. *In*: Comunicação e análise do discurso. São Paulo: Contexto, 2015.
- (4) Epstein I. Comunicação e Saúde Pública: um projeto integrado. PCLA. 2001;2(2):159-186.
- (5) Martín-Barbero J. Ofício de cartógrafo: travessias latino-americanas da comunicação na cultura. São Paulo: Loyola; 2004.
- (6) YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre. Bookman, 2010.
- (7) BARDIN, L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- (8) ICEPi, 2022. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/programa-de-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia>>. Acesso em: 01 de julho de 2023.

A LUTA POR DIREITOS, PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REFLEXÃO SOBRE ATIVIDADES FORMATIVAS COM MULHERES

Luiza Dutra Garcia¹

Virgínia da Silva Corrêa

Gislei Siqueira Knierim

André Luiz Dutra Fenner

Camila Lima Gomes

Francilene Menezes dos Santos

Rosely Fabrícia de Melo Arantes

Elizete Maria Pinto da Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A realização de atividades educativas e formativas é essencial para a promoção da autonomia e do empoderamento de diferentes grupos sociais, neste sentido o presente estudo aborda as atividades apresentadas são fruto dos Projetos de Integração desenvolvido pelas educandas dos Cursos de Especialização e Livre em Direitos Humanos, Participação Social e Promoção da Saúde das Mulheres, realizado pelo Programa de Promoção da Saúde Ambiente e Trabalho, da Fiocruz Brasília(1-3). E buscaram promover discussões sobre violência contra a mulher, educação e saúde, por meio de rodas de conversa, oficinas e palestras promovidas em diversos espaços comunitários e institucionais, com foco em temas relacionados às mulheres e seus direitos. A. O curso contou com a participação de 58 (cinquenta e oito) educandas, resultando na elaboração de 38 (trinta e oito) projetos de integração.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a realização de atividades formativas desenvolvidas nos territórios, voltadas para grupos de mulheres e outros públicos, com enfoque na conscientização sobre direitos, estratégias de prevenção da violência e promoção da saúde.

METODOLOGIA

As atividades relatadas foram orientadas pelos fundamentos da educação popular e da educação permanente em saúde, assumindo uma perspectiva crítica e dialógica voltada à transformação das realidades vividas pelas mulheres(4). A partir do reconhecimento das mulheres como sujeitas políticas e produtoras de saber, foram desenvolvidas ações presenciais em diferentes territórios e instituições.

As estratégias pedagógicas envolveram rodas de conversa, oficinas temáticas e palestras interativas, sempre buscando a escuta ativa, o respeito à diversidade e a valorização das experiências

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: luiza.garcia@fiocruz.br

das participantes. Os públicos atendidos foram majoritariamente compostos por mulheres em situação de vulnerabilidade social, frequentadoras de centros comunitários, estudantes, lideranças locais e profissionais da saúde e educação. Entre os temas abordados, destacam-se a prevenção da violência de gênero, os cuidados em saúde, a formação para geração de renda e a educação como ferramenta de enfrentamento das desigualdades.

RESULTADOS

As atividades desenvolvidas contaram com significativa participação do público-alvo, totalizando aproximadamente 500 mulheres, entre educandas responsáveis pela condução das ações e mulheres dos territórios envolvidos. Observou-se elevado engajamento nos encontros, com destaque para a construção coletiva de saberes, o fortalecimento das redes locais de apoio e o estímulo à reflexão crítica sobre os contextos de vida das participantes.

As práticas formativas contemplaram uma ampla diversidade de temas e formatos, incluindo rodas de conversa sobre saberes ancestrais, oficinas voltadas à prevenção da violência de gênero, ações de fortalecimento da autonomia econômica de mulheres, e espaços de diálogo sobre direitos humanos e interseccionalidades. Essas ações possibilitaram a ressignificação de vivências e a construção de estratégias coletivas de cuidado e resistencia(1).

As atividades ocorreram em diferentes contextos sociais e institucionais, como maternidades, comunidades tradicionais, escolas, espaços religiosos, universidades, órgãos governamentais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando uma abordagem intersetorial e territorializada. Essa capilaridade foi fundamental para ampliar o alcance das ações e potencializar os impactos nos territórios.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados reafirmam a importância das atividades formativas como estratégias de conscientização, fortalecimento de vínculos e promoção da cidadania. A atuação das educandas evidenciou a articulação entre saberes acadêmicos e populares, alinhada à educação popular freiriana². O processo formativo se constituiu como espaço dialógico de escuta, troca e construção coletiva do conhecimento, fortalecendo a autonomia das mulheres. A inserção da comunidade acadêmica em contextos diversos e respeitosos das especificidades territoriais e culturais contribuiu para práticas emancipatórias [1-3]. Tais ações, inspiradas na educação como prática da liberdade, valorizaram as vivências, estimularam a reflexão crítica e impulsionaram transformações sociais. A experiência destacou a centralidade dos debates de gênero no enfrentamento das desigualdades estruturais e a importância de metodologias participativas na consolidação de espaços formativos democráticos e promotores de direitos.

REFERÊNCIAS

- (1) Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- (2) Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.
- (3) Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho. Brasília, DF: Fiocruz. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br>.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: MS; 2012.

A PROMESSA NÃO CUMPRIDA: A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA E A REALIDADE DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

Alice de Sousa Hernandez¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Embora o Conselho Nacional de Justiça do Brasil tenha determinado o fechamento dos manicômios judiciais, a medida enfrenta contestações e ações judiciais, sobretudo de entidades médicas. Este ensaio argumenta que a persistência dos manicômios judiciais deveria suscitar um debate sobre o seu papel na sociedade atual e sobre a falência das instituições médicas em defender as pessoas com transtornos psíquicos. Sob o disfarce de “custódia e tratamento”, os manicômios judiciais operam como um mecanismo velado de controle, isolamento e intervenção sobre determinados corpos.

Para compreender a origem dessas instituições, é necessário recordar que nem sempre o encarceramento foi o destino de pessoas com transtornos psíquicos em conflito com a lei [1]. De fato, o Decreto nº 1.132 de 1903 liberta os “alienados delinquentes” das cadeias, mas, contraditoriamente, os aprisiona em “asylos públicos” até a construção dos “manicômios criminaes”. Posteriormente, o Código Penal de 1940, que ainda exerce influência sobre as medidas de segurança aplicadas a pessoas com transtornos psíquicos, foi elaborado em um contexto influenciado pelo fascismo italiano [2].

Apesar da relevância e atualidade do tema, a política antimanicomial no poder judiciário não tem gerado um debate público, com opiniões divergentes sobre os potenciais benefícios e os riscos da desinstitucionalização.

OBJETIVO

O presente ensaio tem como objetivo fomentar o debate acerca dos processos críticos que culminaram na manutenção dos manicômios judiciais até os dias de hoje.

METODOLOGIA

A reforma psiquiátrica brasileira foi aprovada em 2001, mas ainda hoje há a necessidade de superar o modelo asilar e a resistência de entidades médicas à desinstitucionalização. Nesse sentido, os manicômios judiciais compõem uma estrutura pública que carrega influências complexas, nas quais convergem uma psiquiatria conservadora e um direito penal punitivista.

Diante de uma compreensão distorcida e naturalizada da loucura, o artigo 26 da Lei 7.209/1984, define os indivíduos inimputáveis e semi-imputáveis destinados aos manicômios judiciais. Essa lei, embora em vigor, pode ser considerada anacrônica, pois contraria os princípios e valores da Constituição de 1988 e dispositivos de direitos internacionais.

1

Universidade Federal de São Paulo. E-mail: alice.hernandez@unifesp.br

Por isso, o Conselho Nacional de Justiça instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio da Resolução nº 487/2023, com o objetivo de promover a desinstitucionalização de pessoas com transtornos psíquicos em conflito com a lei. Essa política buscava alternativas ao modelo vigente, marcado por maus-tratos e violações persistentes de direitos humanos [3].

Contudo, diversas entidades médicas expressaram preocupação com a falta de estrutura adequada para receber os pacientes que seriam “desospitalizados”. De fato, reagem a percepção de que a desinstitucionalização vai além do fechamento de instituições, visa, essencialmente, a diminuição do poder médico [4,5].

No Brasil, existem experiências de serviços substitutivos aos manicômios judiciários, como em Minas Gerais e Goiás. Nesses casos, os indivíduos que necessitam são encaminhados ao SUS, e suas demandas são direcionadas aos dispositivos comunitários da rede de saúde mental.

A partir desse ensaio, espera-se provocar um debate crítico sobre a necessidade da luta por uma América Latina sem manicômios.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O ensaio aborda uma questão crucial no Brasil: a persistência dos manicômios judiciários, mesmo após a determinação de seu fechamento pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Os manicômios judiciários nascem em conjunto de um fluxo de ideias e ideologias que se materializam em providências tais quais as medidas de segurança, que demonstram um novo meio de punir a partir da presunção de periculosidade. Assim, o louco passa a ser institucionalizado de maneira específica, se houver cometido uma infração. Se em algum momento a psiquiatria evitou a transgressão de normas com terapias e lógicas médicas, o judiciário passou a participar dessa prática com a reclusão dos inimputáveis. No entanto, a conjuntura desse processo mostra sérias contradições, uma vez que, apesar de não ser considerada uma pena, o manicômio judiciário é carregado de características punitivas e penitenciárias.

No atravessar das contradições e novas construções teóricas acerca da saúde mental, é considerado o tratamento humanizado em liberdade. Isso culmina na Lei 10.216/2001, conhecida como lei antimanicomial brasileira, e na recente resolução do CNJ nº 487/2023 que reafirma a política antimanicomial dentro do poder judiciário. Nesse sentido, tornou-se cada vez mais urgente o fechamento dos hospitais prisão, frente aos novos meios do cuidado em saúde mental e as políticas públicas em saúde. A partir dessas demandas, os sujeitos inseridos nos manicômios judiciários devem ser alocados nos serviços do SUS, na rede de atenção psicossocial.

Desse modo, o presente ensaio denuncia a permanência dos manicômios judiciários, que perpetuam a categorização de corpos para tutela de sujeitos marginalizados. Nesses locais, os indivíduos se tornam objetos de uma política que não oferece reinserção social nem tratamento adequado em saúde mental, limitando-se a uma perspectiva punitiva e garantindo a perpetuação de poder.

REFERÊNCIAS

- [1] Carrara S. Crime e Loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. 1. ed. São Paulo: EdUSP; 1998.
- [2] Caetano H. Loucura e direito penal [tese]. Niterói: UFF; 2018.
- [3] Conselho Federal de Psicologia. Inspeções aos manicômios Relatório Brasil 2015. Brasília, DF: CFP, 2015.
- [4] Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- [5] Basaglia F. A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

A TRAJETÓRIA DAS DOULAS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E DOCUMENTOS NORMATIVOS (2019-2025)

Morgana Eneile Tavares de Almeida¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A visibilidade sobre atuação das doulas e seu potencial incremento no Sistema Único de Saúde (SUS) tem ganhado reconhecimento gradual, refletindo um movimento histórico de valorização em processos de participação social. Este estudo analisa a trajetória normativa, desde as bases conceituais da 16ª Conferência Nacional de Saúde (1) (2019) – que destacou a redução de intervenções obstétricas desnecessárias – até a consolidação em documentos como a Resolução CNS nº 719/2023 (2) e a Nota Técnica nº 13/2024 (3) do Ministério da Saúde. Enquanto a 17ª Conferência (4) formalizou propostas como a integração das doulas à Rede Cegonha, a 4ª CNGTES (5) avançou na discussão sobre regulamentação profissional e educação permanente. A Nota Técnica 13/2024, por sua vez, redefine a doulagem como prática essencial ao cuidado materno-infantil, revogando diretrizes anteriores e alinhando-se ao PL nº 3946/2021(6). Este trabalho mapeia essa evolução, relatando a experiência desenvolvida a partir da mobilização das Conferências Livres Nacionais promovidas pela Federação Nacional de Doulas, aplica para a atuação das doulas transitar de demanda social para uma possível política de Estado.

OBJETIVO

Analisar a evolução da inclusão das doulas nas diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde entre 2019 e 2023, com foco em sua legitimação como agentes de transformação no cuidado ao ciclo gravídico puerperal e na institucionalização das doulas no SUS. Buscando identificar os dispositivos legais que mencionam explicitamente as doulas (Resoluções, NT 13/2024); e examinar as estratégias de implementação propostas (ex.: formação profissional, integração à Rede Cegonha – Rede Alyne).

METODOLOGIA

A partir da revisão documental crítica dos documentos Relatório da 16ª CNS (2019), Resoluções CNS nº 715 e 719/2023, Relatório da 4ª CNGTES, disponíveis no portal do Conselho Nacional de Saúde, da NT 13/2024-MS, disponível no Portal de Boas Práticas e do PL 3946/2021, disponível na Câmara dos Deputados, foram selecionados trechos que citam explicitamente as doulas, categorizados em três eixos: (1) regulamentação profissional, (2) integração ao SUS e (3) educação permanente. Utilizou-se análise de conteúdo para identificar padrões temáticos. Também foram utilizados os relatórios da Federação Nacional de Doulas para as Conferências Livres Nacionais realizadas em 2023 e 2024.

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: morgana.eneile@gmail.com

RESULTADOS

Os documentos revelam quatro avanços principais:

1. Reconhecimento institucional: A Resolução nº 719/2023 (Proposta 66) destaca a integração das doulas à Rede Cegonha. “*Qualificar o pré-natal, parto e pós-parto com [...] integração de doulas*”* (p.22), vinculando-as à redução da mortalidade materna.

2. Combate às desigualdades: Diretrizes como a nº 9 (Res. 719) vinculam sua atuação ao enfrentamento da violência de gênero e racismo.

3. Regulamentação: A Moção 84 e a Res. nº 772/2025 exigem a aprovação do PL 3946/2021 e criam diretrizes para carreira no SUS.

4. Formação: As Diretrizes 3.28 do Eixo 3 da 4ª CNGTES propõe cursos de educação permanente para doulas, incluindo tecnologias digitais.

5. Lacunas Operacionais nas normativas

A Resolução nº 772/2025 (4ª CNGTES) propõe “*carreira de estado no SUS para doulas*” (Eixo 2.28), mas sem prazos ou fontes de financiamento (p.25).

Contradição: Enquanto a NT 13/2024 exige certificação, o PL 3946/2021 ainda tramita, deixando a profissão em limbo jurídico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A participação de Doulas a partir de diversos espaços do Controle Social e da realização de Conferências Livres Nacionais proporcionou a organização de um conjunto de normativas.

A trajetória analisada demonstra que as doulas passaram de agentes informais a protagonistas em políticas de saúde materna. Contudo, desafios persistem, como a efetiva implementação das propostas e a superação de resistências institucionais. Recomenda-se monitorar a execução das diretrizes, especialmente no âmbito estadual e municipal.

Os documentos analisados revelam um paradoxo na política pública: enquanto a Resolução CNS nº 719/2023 afirma que “a ampliação do acesso à profissional doula é estratégica para o enfrentamento da mortalidade materna” (Proposta 66, p.22), a NT 13/2024 não estabelece mecanismos concretos de financiamento ou monitoramento dessa expansão. Essa lacuna operacional corrobora com a crítica de que o SUS opera sob uma “legislação simbólica”, onde diretrizes progressistas não se traduzem em implementação equânime.

O avanço mais substantivo aparece na Resolução nº 772/2025 (4ª CNGTES), que propõe a “construção de carreira de estado no SUS para doulas, com progressão automática” (Eixo 2.28, p.25). Contudo, a ausência de prazo para sua regulamentação – somada à não aprovação do PL 3946/2021 – mantém as doulas em um limbo entre reconhecimento institucional e precarização laboral.

Recomenda-se:

1. Priorizar a votação do PL 3946/202 como marco legal unificado;
2. Criar indicadores específicos para avaliar a implementação da NT 13/2024 (ex.: percentual de maternidades com doulas credenciadas e o efetivo das doulas atuantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde(CNES));
3. Vincular as diretrizes a recursos orçamentários, conforme alertado na Moção 84 da 17ª CNS:”Apoio às doulas no SUS deve incluir financiamento para formação e atuação” (p.197).

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: CNS; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/16a-cns/relatorio-final-da-16a-conferencia-nacional-de-saude.pdf>
- (2) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 13/2024-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/nota-tecnica-doulas/>
- (4) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.
- (5) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 772, de 13 de fevereiro de 2025. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2025.
- (6) Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3946, de 2021. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de doula. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2263842>

ACOLHIMENTO DE ESTUDANTES NEGROS E NEGRAS NA MEDICINA: O ESPELHO QUE NÃO SE QUEBROU

Danielle Jacudi Pinheiro dos Santos¹

Gabriela Nascimento Celestino

Raissa Magna Ramos dos Santos Alves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Brasil foi o último país do mundo a abolir a escravidão, o que gerou consequências estruturais profundas para a história do país, especialmente para a população negra [1]. Após a abolição, não foram implementadas políticas públicas que garantissem a inserção dessa população na sociedade capitalista em expansão, o que contribuiu para sua exclusão de áreas fundamentais, como a educação. A ausência histórica de acesso ao ensino formal ainda hoje impacta a realidade brasileira, refletindo-se na baixa representatividade de pessoas negras em profissões de elevado status socioeconômico, como a medicina, tradicionalmente marcada por uma elite branca e pelo racismo institucional. Apesar dos avanços com a política de ações afirmativas [2], o ambiente acadêmico continua sendo excludente para a população negra. Nesse contexto, a participação do Coletivo de estudantes de medicina, médicas e médicos negros (Negrex), na atividade de boas-vindas promovida pelo Diretório Acadêmico, configura-se como um espaço importante de diálogo, tanto para introduzir a necessidade de uma Medicina mais diversa e antirracista, quanto para fortalecer a sensação de pertencimento de estudantes negros em um espaço onde ainda são minoria.

OBJETIVO

Descrever a experiência de acolhimento para estudantes, principalmente negros e negras, ingressantes no curso de medicina da Universidade Federal Fluminense, demonstrar a importância do acolhimento de futuros médicos negros para a criação de um vínculo identitário e fortalecimento do sentimento de pertencimento durante a graduação, bem como discutir o impacto positivo para esse grupo no desempenho acadêmico e profissional.

METODOLOGIA

Alunas do coletivo negro de uma universidade federal do Rio de Janeiro se articularam para dar boas-vindas aos ingressantes do curso de Medicina do primeiro semestre de 2025, na atividade do Diretório Acadêmico. A atividade teve como objetivo apresentar a trajetória e as ações do coletivo, além de acolher os estudantes negros ingressos por ampla concorrência ou ações afirmativas, reforçando o pertencimento e a ocupação legítima daquele espaço acadêmico. O encontro foi realizado por meio de três rodas de conversa, cada uma com cerca de 30 alunos e duração de 30 minutos. Iniciou-se com a

1 Universidade Federal Fluminense celestinogabriela@id.uff.br

apresentação das integrantes do coletivo, seguida pela dos calouros, que compartilharam nome, idade e cidade de origem. Em seguida, foi relatada a história do coletivo e sua atuação no enfrentamento ao racismo institucional, denúncia de fraudes nas cotas, promoção da permanência estudantil e inserção de temas como racismo estrutural e saúde da população negra nas disciplinas. Destacou-se a importância do quilombamento para a sobrevivência dos estudantes negros e a necessidade de que os estudantes não negros se tornem aliados da luta antirracista.

RESULTADOS

O acolhimento dos calouros aconteceu durante uma semana, com a participação do Coletivo Negrex em dois dias. No primeiro, durante a apresentação do coletivo aos alunos, bem como seus principais pontos e pautas de atuação, houve uma importante reflexão sobre como construir uma formação médica antirracista, em que seja possível encontrar mais pessoas negras atuando como médicas e médicos. Esse momento foi essencial para a compreensão de que o reconhecimento identitário é fundamental para a formação de estudantes negros, pois, ao se reconhecerem, diminuem o sentimento de solidão nesse espaço acadêmico. No segundo dia, com a realização de uma roda de conversa intitulada “Saúde e as minorias”, na qual as integrantes do coletivo apresentaram dados sobre a saúde da população negra, a reflexão coletiva sobre o papel do profissional médico enquanto agente ativo na reversão dos alarmantes índices de saúde que atingem essa população, foi crucial para o cumprimento dos objetivos. Além disso, as trocas promovidas durante os dois dias permitiram que a palavra circulasse, revelando que a maioria dos estudantes presentes compreende seu papel enquanto futuros profissionais comprometidos com uma medicina e um Sistema Único de Saúde mais acessíveis e equitativos. Assim, a participação do Coletivo Negrex no acolhimento demonstrou-se fundamental para fortalecer o pertencimento, politizar o momento de ingresso e reafirmar a importância da formação médica pautada na equidade racial.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O acolhimento promovido pelo coletivo negro mostrou-se uma estratégia potente de construção de pertencimento, resistência e conscientização no espaço acadêmico. Em um curso historicamente marcado pela exclusão racial, a iniciativa reafirma a urgência de práticas institucionais que reconheçam as desigualdades e promovam a equidade racial. Fortalecer vínculos desde o início da graduação não só impacta a saúde mental e o desempenho acadêmico dos estudantes negros, como também pavimenta o caminho para uma formação médica mais sensível às questões sociais e comprometida com a justiça racial. Iniciativas como essa devem ser institucionalizadas, garantindo que o acolhimento antirracista seja parte integrante da formação universitária.

REFERÊNCIAS

- [1] Gama FC, Silva PTC, Garcia FM, Jesus AS. Trabalhos análogos à escravidão: uma análise de indivíduos escravizados no século XXI no Brasil. Cad *EBAPE.BR*. 2023;21(3):e2021-0211. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/Y6s6Jp8vG3PkfkY4NjRqPKH/>.
- [2] Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2012 ago 30.

AGENCIAMIENTO DE MUJERES INDÍGENAS EN CHIAPAS PARA VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Mónica Carrasco Gómez¹

INTRODUCCIÓN

A partir de una acción colectiva durante la pandemia de COVID-19 con mujeres indígenas que vivían violencia de género en una ciudad multicultural de Chiapas (1), nos interesó identificar las trayectorias de las mujeres en su proceso de agenciamiento, y cómo un espacio colectivo de reflexión y de acompañamiento para enfrentar la violencia apuntaló una conciencia colectiva acerca de la violencia de género, así como las formas de accionar para detenerla o disminuirla en sus vidas. Respecto a la comunalidad de la agencia (2) few of them highlight the collectiveness of performing agency since agency is simply seen as autonomy. By drawing on cases of how Bimanese Muslim women make decisions about marriage partners and negotiate their roles and rights in contributing and receiving marriage payment, the article shows that women's roles, network, and solidarity are central in constructing agency. The participant observations in 2013 and 2016 illuminate how communality underpins the way Bimanese women pursue their personal goals, underlining their individuality within solidarity. This notion contests the widely accepted binary opposition of individual autonomy and collective solidarity in practicing agency.”, ”issue”: ”2”, ”language”: ”en”, ”source”: ”Zotero”, ”title”: ”Matrifocality and Collective Solidarity in Practicing Agency: Marriage Negotiation Among the Bimanese Muslim Women in Eastern Indonesia”, ”volume”: ”20”, ”author”: [{ ”family”: ”Wardatun”, ”given”: ”Atun” }], ”issued”: { ”date-parts”: [[”2019”]] }, ”schema”: ”<https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json>” } , nos distanciamos de un contexto particular donde se nace y crece para determinar el método de ejercicio de agencia, y mostramos cómo en otros espacios de asentamiento urbano, que las mujeres eligen por la cercanía con sus lugares de origen, podemos tanto las actoras académicas como civiles favorecer diversas formas de agencia por medio de la construcción de una “solidaridad feminista” (3) entre mujeres mediante la acción colectiva, lo que implica que éstas discutan sus vidas, analicen sus experiencias compartidas de opresión y desarrollen objetivos comunes (1)

OBJETIVO

El objetivo de la ponencia es analizar los distintos procesos de agenciamiento de mujeres que migraron del campo a la ciudad quienes, a partir de una estrategia de acción colectiva, sentaron las bases de una solidaridad femenina ante situaciones de violencia de género durante la pandemia de COVID-19 en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

1 Universidad Veracruzana. E-mail: mocarrasco@uv

METODOLOGÍA

Mediante una metodología de investigación-acción-participativa, realizamos entrevistas semiestructuradas, acompañamiento psicosocial y jurídico a las mujeres víctimas de violencia, y talleres sobre violencia de género; finalmente, constituimos una colectiva de mujeres que se apoyan para construir una vida libre de violencia.

RESULTADOS

Presentamos el análisis de tres casos explorados en profundidad que permiten ver cómo a partir de una diversidad de trayectorias y de temporalidades (pasado, presente y proyección al futuro)(4), y de una acción colectiva pudimos incidir de manera diferenciada en los procesos de agenciamiento de mujeres que optaron por vivir una vida libre de violencia.

CONSIDERACIONES

El análisis de los procesos de agenciamiento de los casos presentados nos permite reflexionar a partir de aspectos comunes y diferentes. Por un lado, los relacionados con los procesos individuales, cuyas particularidades difieren en temporalidad, lo que permite evidenciar que, en las nuevas conformaciones sociales derivadas de la migración de mujeres, del campo a la ciudad, es posible identificar la construcción de la colectividad de la agencia. Por otro lado, destacamos cómo se han ido transformando los contextos de llegada: de ser espacios sin redes para las mujeres que migran —que las colocaban en una mayor vulnerabilidad— a ser espacios donde las mujeres que llegaron previamente apoyan a las recién llegadas, además del trabajo de las OSC en SCLC. Finalmente subrayamos, a pesar del avance en las legislaciones que obligan a atender el problema de la violencia contra las mujeres con perspectiva de género, se siguen perpetuando prácticas institucionales revictimizantes que laceran los procesos de agenciamiento de las mujeres, quienes, sin una red de apoyo, acompañamiento jurídico y psicosocial, pueden retroceder e incluso abatir sus acciones encaminadas a vivir libres de violencia.

REFERENCIAS

- (1) Carrasco Gómez M, Kauffer E. Acción colectiva en tiempos de COVID19: agenciamiento de mujeres chiapanecas migrantes ante la violencia de género. *Rev Interdiscip Estud Género El Col México*. 2023;9:1-36.
- (2) Wardatun A. Matrifocality and Collective Solidarity in Practicing Agency: Marriage Negotiation Among the Bimanese Muslim Women in Eastern Indonesia. 2019;20(2).
- (3) Sweetman C. Introduction, Feminist Solidarity and Collective Action. *Gend Dev*. 2013;21(2):217-29.
- (4) Emirbayer M, Mische A. What is agency? *American j sociol*. 1998;103(4):962-1023.

AGPOPSUS-JUVENTUDES DO DISTRITO FEDERAL: EDUCAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO DE AGENTES POPULARES DE SAÚDE.

Lucas Machado Gaio¹

Rozângela Fernandes Camapum

Oswaldo Peralta Bonetti

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A juventude desempenha um papel fundamental nas lutas pela transformação social, sendo historicamente protagonista em processos democráticos. No Brasil, porém, fatores como a desigualdade social, a ausência de políticas públicas e a violência – especialmente contra a juventude periférica e negra – colocam muitos jovens em situação de vulnerabilidade [1,2].

O Projeto AgPopSUS-Juventudes/DF, idealizado pelo Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação em Saúde (Angicos) da Escola de Governo da Fiocruz Brasília em parceria com coletivos e movimentos sociais populares, inspirado nas ações dos movimentos sociais durante a Covid-19 e alinhado ao Programa Nacional AgPopSUS, do Ministério da Saúde, busca fortalecer o protagonismo juvenil e a defesa do SUS por meio da formação de agentes populares de saúde nos territórios [1].

O projeto reforça o diálogo como ferramenta essencial na construção coletiva do conhecimento e na conscientização sobre os determinantes sociais da saúde [3]. Fundamentado nas ideias de Paulo Freire, defende uma educação libertadora baseada na reflexão crítica, aplicando metodologias participativas que fortaleçam o protagonismo juvenil na defesa do direito à saúde [4-6]. Reafirma o papel dos jovens como protagonistas da transformação social, ampliando sua voz na luta pelo direito à saúde e pela defesa do SUS.

OBJETIVO

O AgPopSUS-Juventudes/DF busca formar jovens de 16 a 29 anos como Agentes Populares de Saúde para mobilizar comunidades, fortalecer o SUS e ampliar o acesso às políticas públicas de saúde no Distrito Federal. O projeto promove a autonomia juvenil na organização de ações comunitárias e na realização de diagnósticos sociosanitários nos territórios. Além disso, estimula estratégias de enfrentamento das desigualdades e fomenta uma rede integrada de agentes populares [1-3].

METODOLOGIA

O projeto político pedagógico, fundamentado na Educação Popular em Saúde (EPS) e na Pedagogia da Alternância, integra teoria e prática, combinando encontros presenciais e atividades autogestionadas nos territórios [1]. A abordagem freiriana orienta as práticas educativas, como rodas de conversa, círculos de cultura e reflexões coletivas, fortalecendo vínculos e compartilhando saberes

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: lucas.gaio@fiocruz.br

[4-6]. A problematização dos determinantes sociais da saúde incentiva os jovens a propor soluções para sua realidade e a se considerarem como agentes de transformação.

O curso valoriza os saberes populares, o diálogo e a formação compartilhada, abordando temas como saúde mental, racismo, violência e direito à saúde. Os eixos temáticos incluem: O corre das juventudes por saúde: provocações freirianas; Juventudes e seus modos de (re)existir e produzir vidas: tecendo cuidados e saberes no território; Lutas pelo direito à saúde: Juventudes Presentes?; Comer é um ato político! Você tem fome de quê?

Materiais como o “Guia Metodológico” e o “Caderno de Apoio” às/aos Educadoras(es) e Educandas(os)” complementam a formação, oferecendo conteúdo teórico e metodológico alinhado aos princípios da EPS.

RESULTADOS

Antes do início do primeiro ciclo de atuação, em dezembro de 2023, foi realizada uma oficina de formação pedagógica com 52 participantes, incluindo membros de movimentos sociais populares, educadores ligados a experiências de base territorial e arte-educadores, todos com vivência junto a jovens do DF, seja na educação, arte e cultura ou esporte. Também participaram residentes multiprofissionais, marcando o lançamento do projeto. Essa etapa foi essencial para consolidar os eixos temáticos e estratégias metodológicas que nortearam as turmas de forma coletiva.

No primeiro ciclo (janeiro-agosto 2024), 300 jovens participaram em 16 turmas distribuídas por múltiplos territórios do DF. A aula inaugural ocorreu na Fiocruz

Brasília e marcou o início das atividades. No Tempo Comunidade, os jovens visitaram dispositivos de saúde, mapearam serviços e atuaram na promoção da saúde no território. Ao final, 197 educandas(os) foram formados como Agentes Populares de Saúde das Juventudes do DF, e o projeto recebeu a Medalha Paulo Freire, outorgada pela Câmara Legislativa do Distrito Federal, em reconhecimento ao impacto positivo das ações educacionais realizadas junto a comunidade.

O segundo ciclo, iniciado em janeiro de 2025, ampliou a participação para mais de 400 jovens, com a entrada de novos movimentos sociais e a expansão dos territórios contemplados. A chegada de novos movimentos e educadoras(es) fortaleceu as redes pedagógicas e incorporou temas emergentes, reafirmando o compromisso com a valorização dos saberes populares e a formação crítica dos jovens [1,2].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Projeto AgPopSUS-Juventudes/DF reafirma a relevância da EPS como ferramenta de transformação social e fortalecimento da democracia, ao promover o protagonismo juvenil e integrar saberes populares ao cuidado em saúde, contribuindo para a construção de territórios mais saudáveis, justos e democráticos [1-3]. Considerando os dois ciclos, serão formados cerca de 490 Agentes

Populares de Saúde das Juventudes. A integração de práticas educativas críticas, a ampliação da rede de educadores e o fortalecimento dos vínculos comunitários apontam para a continuidade de uma iniciativa que não apenas capacita, mas inspira as juventudes a liderarem transformações em seus territórios [1,4].

O AgPopSUS-Juventudes/DF se projeta, assim, como um modelo de referência para políticas públicas fundamentadas na equidade, na justiça social e na soberania popular tendo como referência a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) [1].

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: MS; 2022.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: MS; 2014.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: MS; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- (4) Carvalho SMG, Pio PMA. A práxis em Pedagogia do Oprimido: sentidos e implicações para a educação libertadora. *Rev. Bras. Est. Pedag.* 2017;98(249):428-445.
- (5) Freitas CM *et al.* Metodologias ativas na educação em saúde: análise da produção científica. *Trab Educ Saúde.* 2015;13(2):117-130.
- (6) Haddad S. O educador: um perfil de Paulo Freire. São Paulo: Todavia; 2019.

APRENDER FAZENDO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS CRIATIVAS

Ana Luiza Cury Guimarães Caó¹

Ana Letícia Gutierrez

Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

Egléubia Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em tempos contemporâneos, há uma tendência das escolas em buscar o modelo pedagógico chamado de interacionista, que valoriza o aluno, o professor, a realidade sociocultural e a construção do conhecimento demandada pelos seus atores. Neste contexto, as metodologias ativas de ensino têm se consolidado como uma estratégia inovadora para formar profissionais mais críticos, autônomos e aptos a enfrentar os desafios da prática profissional (1). Diferente do modelo tradicional, no qual o estudante assume uma postura passiva na recepção do conhecimento, as metodologias ativas colocam o aluno como protagonista do processo de aprendizagem, incentivando a construção do conhecimento por meio da experiência, da colaboração e da resolução de problemas (2,3). Nesta perspectiva, o ato de aprender tende a ser um processo de reconstrução, possibilitando a criação de diversas conexões entre fatos e objetos, o que leva a novas interpretações e ressignificações (2,4,5). As metodologias ativas têm sido implementadas por meio de diversas estratégias, como a aprendizagem baseada em projetos, a aprendizagem por meio de jogos, a simulação realística, o *roleplay*, a sala de aula invertida, a instrução por pares, a aprendizagem em equipe e o uso de tecnologias digitais para ensino interativo (1,6).

OBJETIVO

Apresentar a vivência de uma doutoranda na disciplina “Avaliação: métodos, modelos e práticas”, destacando a aplicação e os impactos das metodologias ativas de ensino no processo de aprendizagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma discente do doutorado em saúde coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com enfoque nas metodologias ativas de ensino, durante o curso de verão presencial (carga horária 45 horas) oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, (ENSP/Fiocruz) sobre “Avaliação: Métodos, Modelos e Práticas”. A disciplina foi ministrada por 2 professoras e 2 estagiários docentes. A abordagem metodológica da disciplina fundamentou-se na exposição dialogada, na realização de exercícios práticos em grupo, em dinâmicas interativas e na leitura dirigida. As ferramentas de ensino aprendizagem utilizadas foram: “*Dinâmica do Aquário*”, “*Dinâmica de Roleplay de Entrevistas*”,

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: analuizacury2@gmail.com

“*Dinâmica Tribunal de Júri*” e “*Dinâmica dos cantores*”. As atividades de avaliação do curso envolveram a participação ativa em aula e o registro diário da dinâmica das aulas seguindo a técnica de diário de campo, elaborada a partir da descrição das atividades, da percepção individual registrada por meio de comentários e ganchos interpretativos (*logs*).

RESULTADOS

No primeiro encontro do curso, os alunos foram recebidos com entusiasmo pelo corpo docente. A atividade inicial foi a “*Dinâmica de Apresentação*”, onde cada participante escolheu um crachá com um adjetivo e explicou sua escolha, ajudando a integrar a turma. Em seguida, a turma foi dividida em 4 grupos para realizar o exercício “*Diário de Campo*”, onde identificaram descrição, comentários e logs de interpretação a partir de um exercício, colaborando para o aprimoramento das habilidades de comunicação em grupo. Seguiu-se a atividade de construção conjunta de um modelo lógico de intervenção na área da saúde, utilizando materiais de papelaria, estimulando a criatividade e cooperação. Na “*Dinâmica do Aquário*”, cada grupo leu um artigo e elaborou perguntas para o autor, que, posicionado no centro de dois círculos formados, interagiu com os participantes, proporcionando uma nova perspectiva, como se desse vida à leitura. Outra atividade, a “*Dinâmica Tribunal de Júri*”, gerou agitação no grupo. Três participantes formaram o júri e, após discussão sobre “Cigarro eletrônico”, o juiz proferiu a sentença final. A “*Dinâmica de Roleplay de Entrevistas*” foi utilizada para explorar entrevistas em pesquisa, onde a turma refletiu sobre os desafios dos papéis de entrevistador e entrevistado, além de identificar vieses na elaboração de roteiros. A atividade mais animada foi a “*Dinâmica dos Cantores*”, que contou com três voluntários, que fizeram uma paródia, a partir de uma música do gênero pagode, que contextualizava as temáticas do curso e as intervenções da turma, em uma reinterpretação divertida. Durante a apresentação, foram feitas observações e avaliações da performance dos cantores, colaborando para a prática metodológica da avaliação em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A aplicação das metodologias ativas de forma dinâmica e participativa criou um ambiente estimulante que despertou nos alunos interesse e motivação para o engajamento nas atividades. Os discentes foram protagonistas de seu próprio aprendizado, encontrando significado nas práticas de ensino e desenvolvendo maior autonomia na construção do conhecimento. Ao longo do curso, algumas expressões, como o “*deu match*”, surgiram, demonstrando a sintonia entre os integrantes da turma. Por fim, a turma demonstrou interesse em dar continuidade à experiência, sugerindo um novo desdobramento: a criação de uma segunda etapa no curso. Que as metodologias ativas de ensino possam oferecer, além das potencialidades mencionadas, a capacidade de “*acalantar os corações*”, conforme destacado pela turma.

REFERÊNCIAS

- (1) Lopes MHJ, Lopes JMC. Metodologias de ensino médico. *In*: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. v.2, p. 1339-1362.
- (2) Mitre SM *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(2):2133-2144.
- (3) Cardoso GCP, Abreu DMF, Soares BC. Curso de especialização de avaliação em saúde: uma análise a partir da translação do conhecimento. *Com Ciências Saúde.* 2021.
- (4) Coll C. Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática; 2000.
- (5) Santos EM, Cardoso EM, Oliveira EA. Aprendendo avaliação: modelos e métodos aplicados. Rio de Janeiro: Cebes; 2023.
- (6) Bacich L, Moran J. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso; 2018.

ARTE Y CULTURA COMUNITARIA: TEJIENDO REDES TRANSFORMADORAS

Dariel Jara Sierra¹

INTRODUCCIÓN

Comparto parte de la sistematización del *Festival por el Arte y la Cultura Comunitaria: Tejiendo Redes Transformadoras*, una estrategia de implementación de políticas públicas en salud mental hacia un modelo comunitario e integrativo. Realizado en el Hospital del Salvador de Valparaíso, promueve un enfoque intersectorial y participativo con organizaciones comunitarias e instituciones de la comuna. En Chile, la ley 21.331 *del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental* y el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, son normativas que direccionan las políticas públicas en salud mental, cuya dificultad de implementación mantiene una crisis estructural que vulnera derechos y sostiene culturalmente una sociedad que excluye, discrimina y estigmatiza a la población usuaria de servicios de salud mental. Se presenta una alternativa e hito movilizador.

OBJETIVO

Compartir una sistematización del *Festival por el Arte y la Cultura Comunitaria: Tejiendo Redes Transformadoras*, como una acción autogestionada y estrategia de implementación de políticas públicas en salud mental, de carácter intersectorial, que promueve la participación, inclusión, la transformación social y el acceso a los derechos fundamentales de las personas usuarias con un enfoque de salud mental colectiva.

METODOLOGÍA

Con Carol Elgueta, terapeuta ocupacional y trabajadora del Hospital del Salvador, propusimos a la directora realizar un *Festival por el Arte y la Cultura Comunitaria*, cuyo eje principal sea *tejer redes transformadoras* entre la comunidad hospitalaria, organizaciones sociales, instituciones y vecin@s de la comuna. El estado de Chile participó en la *Declaración de Caracas* en 1990, ratificó en el 2008 la *Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad*, promulgó la ley 21.331 y elaboró un *Plan Nacional de Salud Mental* que nos permite justificar esta propuesta. Una oportunidad para realizar una iniciativa pionera, autogestionada e intersectorial, abriendo un hospital especializado en salud mental a las diversas comunidades de Valparaíso y sus alrededores. Facilita el acceso al arte como un derecho humano. Crea y fortalece vínculos entre personas usuarias, trabajador@s y la comunidad local. Intenciona espacios de disfrute, involucramiento y aprendizaje mutuo donde el arte es una herramienta de transformación social que permite derribar estigmas, tejer redes y acercar a las personas usuarias a nuevas experiencias artísticas, culturales y colectivas.

1

E-mail: dariel.educador@gmail.com

Destacamos la importancia del involucramiento institucional y comunitario de los sectores de Cultura y Salud, que junto a la Municipalidad, son fundamentales para darle continuidad y sustento a los procesos de transformación. Considerando la implementación de la política pública de *Puntos de Cultura Comunitaria*, es una oportunidad para potenciar los procesos de desinstitucionalización, promoción de la cultura y Salud Integral. En reunión sostenida con Seremi de Culturas, confirmamos la falta de iniciativas articuladas con servicios de salud mental en la región. Planteamos la propuesta y se comprometieron a vincular la implementación de los Puntos de Cultura Comunitaria con Salud Mental.

El Festival fue respaldado por la Red Latinoamericana de Arte y Salud Mental, que articula experiencias de organización y acción artística en el continente, reivindicando el potencial del arte para transformar las relaciones entre el hospital y la sociedad, promoviendo una salud mental basada en la dignidad, garantía de derechos y la justicia social. El Frente de Artistas del Borda, es una organización argentina que lucha hace 40 años por el arte y la desmanicomialización en un espacio autónomo dentro del Hospital José T. Borda. Junto a la Red Argentina de Arte y Salud Mental, organizan el Festival y Congreso “Una Puerta a la Libertad-No al Manicomio”, que reúne a más de 500 artistas, en su mayoría usuari@s de servicios de salud mental.

RESULTADOS

En septiembre del 2024 realizamos una convocatoria abierta a organizaciones comunitarias, artistas, gestores culturales y a quienes quisieran participar de la producción del Festival. Durante más dos meses realizamos talleres semanales para acompañar y preparar a los artistas usuarios que subieron al escenario en el Festival.

Entre los días 17 y 20 de Marzo del 2025 se realiza el Festival en jornadas diarias. El día lunes, asisten a la inauguración parte de la comunidad hospitalaria; la dirección del hospital, usuari@s y trabajador@s de servicios de internación, ambulatorios y familiares. Durante los días lunes, martes y miércoles se realizaron talleres de: Esquizodrama, Pintura, Teatro, Danzas Festivas del Norte Andino, Biodanza, Cartografía Social Participativa, Musicoterapia, Poesía en Décimas, Muralismo y una experiencia de Canoterapia. El jueves, se proyectó un documental. Realizamos una Feria de organizaciones, servicios e instituciones vinculadas a la salud mental y/o al municipio. Por último, se presentaron en el escenario artistas locales, mayoritariamente usuarios de servicios de salud mental.

CONSIDERACIONES

Destacamos la importancia de la organización y participación comunitaria al momento de proponer e incidir. Esta experiencia colectiva entre organizaciones de la sociedad civil, el Municipio y el Hospital, abre caminos a nuevas posibilidades para implementar políticas públicas a través de las artes y la cultura comunitaria. Instancias que promueven de manera lúdica la reflexión crítica, contribuyen en la disminución de prejuicios, estigmas, imaginarios en torno a la locura y las crisis de

salud mental. De esta manera y a través de actividades comunitarias que promueven el desarrollo de capacidades creativas colectivas, se abre la posibilidad de generar nuevas respuestas a las problemáticas existentes (1).

Destacamos que la iniciativa consiguió que diversos agentes claves ingresaran por primera vez a un recinto hospitalario de salud mental. Además, la Feria de Organizaciones presentó alternativas concretas de participación en el territorio.

Asumimos el desafío de continuar facilitando talleres artísticos y gestionar presentaciones culturales abiertas en el hospital y/o en espacios comunitarios, articulando con servicios de salud mental y movilizandolos recursos. El Hospital señaló reafirmar su compromiso con la comunidad y fortalecer instancias donde el arte y la cultura sean motores transformadores, continuando promoviendo actividades como las realizadas (2), lo que nos permite obtener los permisos necesarios para las futuras propuestas. Como otras experiencias internacionales, esperamos crear un espacio de organización autónomo, colectivo y asambleario, que agrupe a talleristas, participantes y cualquier persona que quiera ser parte de este grupo de arte y acción comunitaria por la transformación social.

REFERENCIAS

- (1) Bang C. La participación comunitaria en salud y salud mental a través del arte, la creatividad y el juego: Descubriendo la potencia de los procesos creativos colectivos. 2014. XI Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. Disponible en: https://trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/bang_silvia_2014_participacion_comunitaria_en_salud_y_salud_mental_a_traves_del_arte_2016_.pdf
- (2) Comunicacioneshds. Con éxito culminó el Festival por el Arte y la Cultura Comunitaria «Tejiendo Redes Transformadoras». 2025. Disponible en: <https://hdsalvador.redsalud.gob.cl/?p=4598>.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y PODER MÉDICO: DERECHO Y PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES

Luis Eduardo Kern García¹

Laura Verónica Martínez-Cobian

Susana Donaji López González

Rubén López Olivares

INTRODUCCIÓN

En México, el derecho a protección de la salud está consagrado en el Artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Un componente fundamental de este derecho se encuentra en el inciso que establece el derecho de las personas a recibir información suficiente clara, oportuna y veraz sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos. Además, el derecho a decidir libremente sobre la atención médica permite a los sujetos a aceptar o rechazar de manera voluntaria e informada tratamientos médicos o quirúrgicos (1). A pesar de que la cirugía es un componente esencial de la atención, la práctica médica sigue estando marcada por contradicciones y tensiones constantes y se encuentra influenciada por relaciones de poder que pueden vulnerar los derechos del paciente.

OBJETIVO

Reconocer la determinación social de las dinámicas de poder en la práctica quirúrgica en México, identificando cómo la asimetría en el conocimiento y comunicación afectan la relación médico-paciente, destacando la necesidad de una comunicación equitativa que permita la participación activa del paciente en su proceso de atención.

METODOLOGÍA

En 1995, México adoptó el modelo “Invertir en salud” del Banco Mundial, que deslegitima el sistema de salud público mediante su mercantilización. Este modelo promueve la minimización del actuar del Estado bajo la premisa de que éste no podía resolver los problemas sanitarios, lo que resultó en un sistema de salud fragmentado y polarizado; reforzó un discurso hegemónico y medicalizado que transformó la concepción de los derechos y la práctica médica (2).

Bajo esa premisa, la práctica médica ha sido funcional a los reacomodos económicos y políticos, donde las relaciones de poder se ejercen de manera constante. Estas relaciones se expresan en la interacción médico-paciente debido a que el conocimiento sanitario le otorga al médico una posición de control sobre el cuerpo del paciente, estableciendo una relación de poder (3). Este poder genera una relación asimétrica en donde el paciente tiene un rol pasivo y es tratado como un objeto de intervención y no como un sujeto activo en su proceso de atención. Esta dinámica se observa en la

1 Hospital Regional PEMEX Poza Rica. E-mail: luiseduardo.kern.garcia@outlook.com

forma en que se brinda información a los individuos sobre sus tratamientos quirúrgicos y puede derivar en una comunicación unidireccional y limitada (4).

Pese a los avances legislativos, como los establecidos en La Ley General de Salud, que promueven el derecho a la información y, como el Consejo de Salubridad General que ha promovido mejorar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes para garantizar información correcta, oportuna y completa durante la atención, su implementación efectiva siguen siendo insuficientes.

Por ejemplo, de acuerdo con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cirugía general es la 3era especialidad en donde más quejas se presentan por parte de pacientes, superada por urgencias y traumatología. En cuanto a los grupos etarios que presentan una queja destacan aquellos entre las edades de 35 y 64 años con un 57.0% de quejas. Entre los años 2002 y 2017, el porcentaje de quejas relacionadas con la relación médico-paciente fue de casi 21.0%, de éstas 7.6% corresponde a falta de información; 8.7% a información errónea o incompleta y 4.6% a maltrato. Cabe mencionar, que del total de quejas realizadas a los servicios de cirugía general de las instituciones de salud pública, a los hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX) le corresponde el 1.5% (6).

Los hospitales de PEMEX, han sido un pilar en la atención de los trabajadores petroleros y de sus familias. La sexta guía de seguridad del paciente en PEMEX, establece que la satisfacción del usuario con respecto a la claridad de la información brindada por el médico debe ser mínimo del 85% (7). Este enfoque refleja un esfuerzo por garantizar que los pacientes realmente reciban la información necesaria y participen en la toma de decisiones, pero aún queda pendiente asegurar que la comunicación entre ambos no se encuentre orientada por una relación de poder para garantizar los derechos de los pacientes.

CONSIDERACIONES

La atención quirúrgica en México y PEMEX enfrenta desafíos que deben analizarse desde una perspectiva de derechos, considerando las estructuras de poder que históricamente han marcado relaciones asimétricas perpetradas y normalizadas con el neoliberalismo, las cuales limitan el acceso equitativo y participación de los pacientes en la toma de decisiones. Para una práctica quirúrgica más humanizada y justa, es fundamental, eliminar prácticas de poder que se ejercen en ella y reconocer que la toma de decisiones compartida no solo es un derecho, sino un elemento clave para mejorar la calidad de la atención. Es elemental la implementación de estrategias que garanticen los derechos de los pacientes de recibir información y decidir libremente sobre su atención. Una propuesta es aumentar la posibilidad de segundas opiniones y mejorar la infraestructura de hospitales de salud pública. La democratización de la atención quirúrgica es un paso importante para un sistema de salud más equitativo.

REFERENCIAS

- (1) Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Derecho a la protección de la salud [Internet]. 2016. Disponible en: [www.juridicas.unam.mxhttps://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/LibroCompletoen:https://google/7KWRMMMéxico-http://www.codhem.org.mx](http://www.juridicas.unam.mx/https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/LibroCompleto/en:https://google/7KWRMMMéxico-http://www.codhem.org.mx)
- (2) Laurell AC. El modelo privatizador en los sistemas de salud: El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *In*: Ortiz R, editor. Diez años de reformas a la seguridad social en México Balance, perspectivas y propuestas. México: Centro de Producción Editorial; 2008. p. 73-89.
- (3) Foucault M. Microfísica del poder. Obras esenciales. II. Estrategias de poder. Madrid: Las ediciones de la Piqueta; 1992. p. 87-110.
- (4) Martínez-Salgado C. El lugar del sujeto en el campo de la salud: enseñanzas de la investigación cualitativa. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(4):1095-102.
- (5) Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Análisis de la queja médica en el servicio de cirugía general. CONAMED. 2017;5-54.
- (6) Petróleos Mexicanos (PEMEX). Guía de acción para el programa "Sistema preventivo de seguridad del paciente". Comunicación clara [Internet]. 2009 [acceso 2025 fev 1]. Disponible en: https://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/BoletinSalud/Documents/6ta_guia_seguridad_del_paciente.pdf

ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE DIREITOS CONSTITUCIONAIS DO ACESSO A MEDICAMENTOS

Tayane Azevedo da Silva¹
Brenda Barbosa dos Santos
Gabriela da Silva Ramalho de Souza
Taynah da Silva Pinheiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os medicamentos constituem uma intervenção terapêutica fundamental para a melhoria da saúde das pessoas, pois previnem, tratam e controlam diversas doenças. O acesso a medicamentos é um direito humano fundamental e busca garantir a atenção integral à saúde. Sendo assim, diversas políticas públicas vêm sendo implementadas para ampliar o acesso a medicamentos, como Lei dos Medicamentos Genéricos, a Política Nacional de Medicamentos, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e o programa Farmácia Popular do Brasil (1). É essencial que a população tenha conhecimento de seus direitos, e que através deles possam desfrutar da saúde de forma integral.

A educação em saúde é um processo formativo onde há empoderamento do indivíduo sobre seus direitos. Aliado a isso, jogos interativos são importante ferramenta educativa, pois através deles é possível transmitir a mensagem desejada de forma descontraída e dinamizar o conhecimento, estimulando a troca de experiências entre os participantes (2). Portanto, aliar a educação em saúde a jogos interativos favorece a construção do protagonismo do cidadão ao tomar posse do conhecimento de seus direitos

OBJETIVO

Descrever o desenvolvimento de um jogo educativo que visa difundir a importância do conhecimento dos direitos constitucionais relacionados a medicamentos pela população.

METODOLOGIA

Foi elaborado um jogo de cartas com afirmativas relacionadas a temas que versam sobre o acesso a medicamentos enquanto política pública. Os temas abordados se voltam para atribuições do SUS quanto a distribuição de medicamentos ao usuário, garantia de qualidade, eficácia e acesso de medicamentos e os deveres do farmacêutico aplicados ao uso de medicamentos pelo indivíduo.

O jogo foi pensado para o público adulto e consiste em cartas com questões sobre os temas mencionados. O jogo é composto por 8 cartas com diferentes perguntas e duas pessoas podem jogar a cada vez. Os jogadores devem colocar todas as cartas com a face que contém a pergunta para baixo, e,

1 Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: azevedo.tay20@gmail.com

posteriormente, um dos jogadores seleciona uma carta e lê a pergunta para respondê-la. Caso acerte, este jogador irá pontuar. Esse acerto poderá ser conferido em um QR code no verso da carta escolhida pelo jogador, contendo a explicação sobre o tópico. As informações contendo as respostas ficarão armazenadas na plataforma Google Drive.

A elaboração e arte das cartas foi realizada utilizando a ferramenta Canva e as cores definidas são aquelas que refletem inteligência, ciência e ludicidade, como o azul e amarelo (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O jogo foi projetado por alunos da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e será aplicado em projetos de extensão que promovam a ponte entre a universidade e a comunidade. A atividade traz a perspectiva do indivíduo ampliar o seu conhecimento quanto às temáticas já citadas, promovendo noção quanto aos seus direitos. Atividades lúdicas promovem conhecimento quanto a assuntos complexos de forma fácil contribuindo para o desenvolvimento de conceitos ainda desconhecidos (4). Diante do exposto, difundir informações de qualidade sobre saúde deve ser uma prioridade entre os profissionais da área e o uso de ferramentas interativas é essencial para a construção de uma saúde coletiva sólida, tendo em vista que um indivíduo que recebeu uma informação passa a ser porta-voz para transmitir conhecimento também.

REFERÊNCIAS

- [1] Boing AC, Andrade FB, Bertoli AD, Peres KGA, Massuda A, Boing AF. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(6):e00114721.
- [2] Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(4):1039-47.
- [3] Rocha ALB. Desenvolvimento e avaliação de aplicativo móvel com gamificação como recurso educacional em otorrinolaringologia para médicos residentes [dissertação na internet]. Fortaleza: Centro Universitário Christus; 2022
- [4] Costa TO, Costa FJA, Costa RAG, Cota EK, Nicácio DL, Viana CA, Santos BCA, Leão KA, Spósito PAF. Educação em saúde por meio de jogos lúdicos para a prevenção de parasitoses. *Rev Científica Acervo Mais*. 2023;8(2):e10936.

BRINCAR, CUIDAR E PERTENCER: PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA OCUPAÇÃO PAULO FREIRE

Leonardo Fernandes Ruiz Diaz¹

Ana Gabriela da Silva Gomes

Erik Vinicius Sousa Saraiv

Yuri Versiani Duarte Appolinário

Eduardo Henrique Marinho Loures

Líslie Caroline Oliveira Stuart

Elis Mina Seraya Borde

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No contexto neoliberal do planejamento urbano, marcado pela subordinação das políticas públicas aos interesses do mercado, as ocupações urbanas vêm se consolidando como formas legítimas de resistência e de produção política do espaço nas capitais brasileiras. Ao reivindicarem a função social de terrenos não utilizados, subutilizados ou não edificadas, essas ocupações, sustentadas por mobilizações permanentes, evidenciam as falhas do Estado em garantir o direito à moradia digna. Em Belo Horizonte, a regional Barreiro, maior em extensão territorial, destaca-se por um histórico expressivo de lutas por habitação, articuladas a movimentos sociais organizados. A Ocupação Paulo Freire, fundada em 2015, passou a integrar, desde 2019, um acordo com a prefeitura que reconhece as ocupações do complexo do Vale das Indústrias como áreas de interesse social, conforme o plano diretor da cidade (1). Para além das demandas estruturais, o Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB), presente no território, atua na criação de espaços de cultura e lazer, expressos na proposta do Parque das Ocupações. Nesse cenário, o projeto de extensão “Educação Popular em Saúde nas Ocupações Urbanas de Belo Horizonte”, vinculado à UFMG, acompanha a Ocupação Paulo Freire e, em 2024, em parceria com o MLB, promoveu atividades educativas com foco no público infantojuvenil.

OBJETIVO

Desenvolver ações de educação popular em saúde em diálogo com movimentos sociais e lideranças comunitárias, promovendo espaços de convivência, cuidado e reflexão coletiva. Além disso, refletir criticamente sobre as experiências extensionistas realizadas no território do Vale das Ocupações, com ênfase nas atividades desenvolvidas na Ocupação Paulo Freire, considerando os atravessamentos sociais que emergem no contexto das práticas.

1 Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: leonardofdzx@gmail.com

METODOLOGIA

O projeto é multidisciplinar e integra o programa de extensão da Liga de Saúde Coletiva (LiASC). As ações são fundamentadas na perspectiva freiriana, que coloca representantes e lideranças populares comunitárias no centro das práticas educativas — as demandas, portanto, partem da própria comunidade, sendo construídas com ela, e não para ela (2). O cronograma inicial previu encontros formativos com discussão de referenciais teóricos sobre urbanização, determinação dos processos saúde-adoecimento-cuidado e morte e educação popular em saúde. Após reuniões com o MLB, foram agrupadas as principais demandas e propostas de atividades possíveis. No segundo semestre de 2024, ocorreram três visitas à Ocupação Paulo Freire. A primeira contou com um passeio guiado pelo território, destacando a horta e o centro cultural. Na segunda, houve uma oficina lúdica sobre higienização das mãos com o público infantil. Já a última visita promoveu uma gincana chamada “corrida dos alimentos saudáveis”, em que os participantes classificaram itens em caixas de alimentos saudáveis ou não. Também foi proposto um painel coletivo de desenho com os temas: “o que te deixa feliz?” e “o que te deixa triste?”.

RESULTADOS

As ações desenvolvidas na ocupação foram reconhecidas pelo grupo como estratégias potentes de aproximação com a comunidade, especialmente diante da participação expressiva de crianças e adolescentes. A oficina sobre lavagem das mãos, inicialmente pensada para os menores, contou também com o envolvimento espontâneo dos mais velhos, o que revelou tanto a receptividade às propostas quanto a escassez de espaços de convivência e lazer no território. A oferta de lanches, além de atrativa, demonstrou-se necessária, considerando que os encontros ocorriam aos sábados — dia em que não há aula nem acesso à merenda escolar. Na gincana, os participantes demonstraram facilidade em distinguir os alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças, dos ultraprocessados. Os desenhos feitos no painel coletivo evidenciaram diferentes percepções: para alguns, a escola apareceu como um espaço de felicidade; para outros, como motivo de tristeza. Um aspecto observado foi a ausência de crianças com aparelhos eletrônicos, em contraste com o que se vê em outros contextos (3). Em seu lugar, brincadeiras com bola e pipas foram recorrentes, revelando formas de lazer atravessadas pelas condições materiais e sociais do território. Destacou-se, ainda, um forte senso de coletividade: os mais velhos cuidavam dos mais novos, e a presença de responsáveis era pontual, o que reforçava a compreensão dos espaços das atividades como ambientes seguros. Essa percepção de proteção está diretamente relacionada à presença constante do MLB, simbolizada pelo contêiner localizado na entrada da ocupação — estrutura multifuncional que funciona como brinquedoteca, biblioteca e ponto de encontro, expressando uma concepção ampliada de moradia, pautada no pertencimento, no acesso à cultura e na convivência comunitária.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações desenvolvidas na Ocupação Paulo Freire evidenciam o potencial da educação popular em saúde como prática emancipatória, articulando cuidado, escuta e pertencimento em territórios marcados pela negação de direitos. A escassez de políticas públicas voltadas à promoção da saúde,

somada à ausência de espaços seguros e de convivência, reforça a urgência de estratégias baseadas nas vivências locais. A escuta ativa, orientada pela perspectiva freiriana, permitiu que os saberes da comunidade direcionassem intervenções significativas, como nas ações com alimentos da horta e na valorização do brincar. O contêiner do MLB simboliza essa resistência cotidiana, ao integrar cultura, educação e vínculos comunitários. A experiência reafirma o papel do projeto de extensão em promover interlocução entre universidade e território, por meio de práticas comprometidas com o reconhecimento dos sujeitos e o fortalecimento de sua autonomia.

REFERÊNCIAS

- (1) A Verdade. Com luta, urbanização se inicia no Vale das Ocupações do Barreiro. 2023. Disponível em: <https://averdade.org.br/2023/04/com-luta-urbanizacao-se-inicia-no-vale-das-ocupacoes-do-barreiro/>.
- (2) Cruz PJSC et al. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. Interface. 2014;28:e230550. doi: 10.1590/interface.230550.
- (3) Uchôa MAS. A preferência das crianças pelo celular em detrimento do brincar com materiais do seu cotidiano escolar: um estudo de caso no Centro de Educação Infantil Moura Brasil, Fortaleza, Ceará. Rev Ibero-Americ Human Ciênc Educ. 2023;9(5):410–424. DOI: 10.51891/rease.v9i5.9697.

COMISSÃO DE MOBILIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL-RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eliete Silva de Carvalho¹

Jemima L. F. de Araujo

Poliana Gomes Lisboa

Thâmara Souza Andrade Cafezeiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O ano era pandêmico, nada parecia como antes. O Brasil caminhava com ações intituladas de cuidado em saúde mental, mas que era um flerte direto e abusivo de uma contra reforma psiquiátrica. Na realidade micro, as bases da política e da participação e controle social também foram fragilizadas. As Assembleias, espaço constituído de controle social do CAPS AD III de Vitória da Conquista/BA, transparecem espaço de pouca crença, e na ocasião uma ação institucional pró forme, já que a realização da mesma se fazia necessária para os arranjos burocráticos do SUS. O exercício do controle social se baseia na democratização do conhecimento e estimula a organização da sociedade para efetivo exercício da democracia direta na gestão do SUS. E a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle social de sua execução, em todos os níveis, do federal ao local. É preciso salientar que a participação social tão potente na construção da Democracia Brasileira e do SUS já vivia uma apatia antes da Pandemia, resultado do movimento de descrença nos processos de gestão e corrupção do país e da própria reforma psiquiátrica. Então, começamos a nos organizar, enquanto comissão no serviço para sensibilização à participação social, um trabalho que inclui a sensibilização da equipe técnica e também das gestões(1).

OBJETIVO

Mobilizar os atores sociais do CAPS AD III de Vitória da Conquista/BA para participação social e fortalecimento do cuidado em liberdade.

METODOLOGIA

A Comissão de Mobilização e Controle Social tem como principal instrumento de mobilização a Assembleia de Usuários, Rede Social de Apoio e Trabalhadores que acontecem mensalmente com todos os usuários e semanalmente com acolhidos no Acolhimento Intensivo 24h. A referida comissão atualmente é composta por: duas assistentes sociais, uma educadora física e a gerente do serviço. Nas Assembleias foi instituída a Oficina de Cidadania, espaço de troca de saberes entre todos os atores envolvidos e uma forma de mobilizar toda a rede, já que são convidados diversos serviços com temáticas

1

E-mail: jemimaeduc@gmail.com

variadas. A mobilização para as Assembleias acontecem através da comissão e trabalhadores do serviço, da sensibilização nos atendimentos e divulgação online e presencial. Outro ponto importante é a participação da Comissão nos espaços de Controle Social, no território. Participação nas Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Conferências de Saúde Municipal e Estadual, Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Conferência Nacional de Saúde Mental. Mensalmente também participamos das reuniões da RAPS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os esforços acima citados convergem para a implantação do Conselho Gestor no serviço, instrumento que no momento consideramos importante para democratização e gestão do serviço. O Conselho Gestor se propõe com a composição de: gestão, trabalhadores, usuários e familiares/rede de apoio. Consideramos que os desafios são inúmeros à participação social do usuário e sua Família/Rede de Apoio Social. No momento estamos em fase de sensibilizar usuários para compor a comissão e em seguida familiares/rede de apoio. Mas, talvez o maior desafio seja dos usuários do serviço, que têm um recorte de álcool e outras drogas se reconhecerem como pessoas em sofrimento mental, portanto, reconhecendo também seus direitos por um cuidado em liberdade. Todavia, de maneira organizada e constante- resistentes, seguimos no papel de mobilizadores, educadores populares. Afinal de contas, “Nada de Nós, sem nós”.

REFERÊNCIAS

(1) Godinho AP. O SUS e a efetivação do direito humano à saúde. 2. ed. Passo Fundo: CEAP; 2020.

CONQUISTA DE LA SALUD COMO DERECHO: RELATO DE LA EXPERIENCIA URUGUAYA DE ARTICULACIÓN ENTRE MOVIMIENTOS SOCIALES Y FUERZA POLÍTICA DE IZQUIERDA (2025- 2030)

Pilar González Ortuya¹
Débora Gribov Novogrebelsky

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, donde el capitalismo imperial socava todas aquellas organizaciones populares y participativas, rescatar y hacer visibles experiencias territoriales, fortalecen el proceso de unidad continental. De esta forma, contribuyen a la construcción de un pensamiento estratégico, indispensable en la lucha decolonial en la que nos encontramos. La participación social, es un principio fundamental que defendemos desde los movimientos sociales, la Universidad de la República y nuestra fuerza política Frente Amplio (fuerza de izquierda y principal del país), que asumirá nuevamente el gobierno a partir del 2025, en Uruguay.

Compartiremos una metodología para la elaboración programática, oportuna como modelo contra hegemónico, que aboga por el poder popular en contraposición al individualismo y la concentración del saber-poder meritocrático que anula singularidades y las complejas realidades que vive nuestra gente.

La salud es un eje transversal en el programa y es concebida como un derecho humano, un bien social, bien público de acceso universal, integral, de calidad, con perspectiva de género, intercultural y de base territorial, brindada por un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

OBJETIVO

Compartir la metodología participativa de elaboración del Programa de Gobierno del Frente Amplio en Uruguay (2025-2030) con foco en el eje salud.

METODOLOGÍA

Según Frente Amplio (1):

El Frente Amplio [F.A.] es una fuerza política de cambio y justicia social, de concepción progresista, democrática, popular, antioligárquica, antiimperialista, antiracista y antipatriarcal; conforma una organización para la acción política permanente con el carácter de coalición y movimiento sobre bases de respeto recíproco de la diversidad ideológica, funcionamiento democrático y unidad de acción.

Cada 4 años se inicia el proceso de elaboración del programa de gobierno. Para ello, tiene definido por estatuto, los mecanismos y las instancias para generar la más amplia participación popular.

1 E-mail: pilargortuya@gmail.com

Se inicia a partir de la mesa política que convoca a la Comisión Nacional de Programa (CNP), quien tiene la responsabilidad de orientar y elaborar los criterios del proceso. A partir de allí se citan a las diferentes unidades temáticas (U.T- 32), para comenzar a elaborar los primeros contenidos del programa. Las UT, son abiertas a todos/as los frenteamplistas que les interese participar. Lo elaborado, vuelve a la CNP que realiza con criterios políticos, un primer borrador. Dicho documento es aprobado por la mesa política que luego se encarga de distribuirlo a todos los organismos del F.A. del país: comités de base, departamentales, sectores políticos, etc.

Con este borrador, en cada ámbito y en particular en todos los comités de base (497), se discuten sus contenidos y se realizan aportes, sugerencias, cambios, etc. Todo este material vuelve a la CNP que se responsabiliza en integrarlo en un nuevo documento que lo pone a consideración de la mesa política nuevamente, una vez aprobado, se distribuye a toda la estructura partidaria que posteriormente, en un Congreso Nacional, elaborará la versión programática final. Congreso que en 2023, reunió 5000 militantes y es el organismo superior de toda la fuerza política.

El Programa se estructuró en base a una introducción y siete ejes que se transversalizan en sus contenidos. Destacamos en esta oportunidad el eje: “Un país de bienestar para todas y todos” (2, p.37) donde la salud, ocupa un lugar destacado. Según Frente Amplio (2, p.43):

Se hace necesario recuperar y reafirmar la concepción de la salud como derecho humano, bien público y responsabilidad de Estado y gobierno. Para garantizar dicho acceso a la salud, es necesario un adecuado cuidado del ambiente, con una perspectiva conceptual de la determinación social y laboral (2,p.43).

El SNIS comprende un subsector público y privado donde la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) atiende la mitad de la población del país, el que se fortalecerá, eliminando toda brecha existente.

Se recuperará la rectoría y fiscalización del Ministerio de Salud en todo el Sistema y se asegurará la participación social y de trabajadores en todos los niveles de gestión del SNIS.

Desde las bases, se incorporó la salud mental como una emergencia sanitaria con acceso universal y gratuidad en todas las prestaciones, así como el fortalecimiento del primer nivel de atención y la salud rural, entre otros.

CONSIDERACIONES

A partir del 1 de marzo, asume el gobierno el F.A. con un plan programático elaborado con la más amplia participación popular.

Desde el eje transversal salud, se plantea una sola salud, brindada por el SNIS, que asegure la universalidad de las prestaciones integrales en equidad con calidad y de base territorial donde la participación social de usuarios y trabajadores es clave.

Se propone recuperar el rol rector del Ministerio de Salud, para asegurar la equidad y eliminar las brechas de desigualdades, así como, un trabajo transversal con todos los involucrados, desde la determinación social.

Desde las bases se propone la salud mental, emergencia nacional con gratuidad en las prestaciones, además del fortalecimiento del primer nivel de atención y la salud rural.

Compartir esta experiencia de práctica de poder popular, aporta a la construcción de un pensamiento estratégico, indispensable en la lucha decolonial y contrahegemónica a los modelos individualistas de este capitalismo salvaje.

REFERENCIAS

- (1) Frente Amplio. Frente Amplio [Internet]. Montevideo : Frente Amplio; 2025 [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.frenteamplio.uy/historia/>
- (2) Frente Amplio. Bases Programaticas 2025-2030 [Internet]. Montevideo : Frente Amplio; 2024 [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.frenteamplio.uy/programa/propuesta-de-bases-programaticas-aprobadaspor-el-plenario-para-construir-el-uruguay-del-futuro/>

CONQUISTAS E MUDANÇAS NA SAÚDE: DEMANDAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

Mirian Teresa de Sá Leitão Martins¹

Ivan Felipe Fernandes Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O racismo estrutural/sistêmico presente nas sociedades da diáspora negra é um dos fatores que produz o racismo institucional, discriminações e desigualdades entre brancos, negro(a)s e indígenas na Saúde, na Educação e no trabalho. Entendendo o conhecimento possibilitado pelo resgate de acontecimentos e a ação política como indispensáveis na conscientização sobre os aspectos políticos, econômicos e culturais presentes no mundo social e a luta de segmentos sociais para mudanças, trazemos em destaque o recorte histórico da reivindicação do Movimento Negro, em especial o das mulheres negras, para construção de Políticas Públicas que possibilitaram avanços pela equidade racial.

Na Saúde, desde o início da Reforma Sanitária, no contexto de redemocratização no Brasil, movimentos sociais, como o movimento negro, e especificamente o das trabalhadoras da Saúde e das mulheres negras, lutaram por mudanças para que fossem ampliadas políticas públicas e combate ao racismo. Por serem os cidadãos interlocutores fundamentais na conquista de um novo padrão de serviço público e melhoria de serviços básicos como: educação, moradia e saneamento, ampliando o conceito de saúde-doença(1).

Buscamos neste Ensaio descrever a luta do movimento negro, em especial o das mulheres negras, para construção de Políticas Públicas na Saúde que possibilitam a equidade racial.

METODOLOGIA

A princípio, a luta do Movimento Negro pautava a integração do negro à sociedade, a aceitação de seus valores culturais e combate a inferiorização e desumanização, sendo possível a partir da valorização da negritude. Na década de trinta do século XX, a Frente Negra Brasileira já denunciava a discriminação racial reivindicando igualdade. Posteriormente, o Movimento Negro Unificado (MNU) pautou a luta pela igualdade racial para integrá-lo à sociedade e eliminar as condições de subalternidade(2).

Na Saúde Coletiva a partir de 1970, pela sua formulação e origem, tivemos a confluência com os movimentos sociais que tinham as mesmas pautas de luta. Pós redemocratização uma das reivindicações do MNU, na saúde, era o combate ao racismo em prol da igualdade racial(2).

Já o Movimento de Mulheres Negras denunciava a violência obstétrica no Encontro Nacional da Saúde da Mulher em 1984 com um manifesto e críticas às ações na saúde e as políticas de planejamento

1 E-mail: mirianteresad@yahoo.com.br

familiar que esterilizou pobres e negro(a)s. Possibilitando a formalização da Rede Feminista de Direitos Reprodutivos que contribuiu na implementação de políticas públicas da saúde das mulheres(3).

Não há como superar os efeitos do racismo estrutural sem a construção de novas institucionalidades com a participação social. Credita-se aos movimentos sociais negros o reconhecimento do racismo e inclusão como determinantes sociais em saúde pela Organização Mundial de Saúde, fundamental para a superação do racismo institucional(4,5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os movimentos sociais são fundamentais na implementação de políticas públicas por trazer as demandas da população e ser instrumento de pressão e visibilidade. Embora, não sejam suficientes para se alcançar a equidade racial para o acesso aos bens sociais, através de políticas públicas, houve avanços e algumas conquistas decorrentes as reivindicações desses movimentos sociais citados, inclusive com a participação de profissionais na construção da Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde. Vale destacar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que pauta a questão do racismo e a discriminação, identificados como fatores principais na vulnerabilidade da população negra e para a consolidação do próprio Sistema Único de Saúde(5).

REFERÊNCIAS

- (1) Costa NR. Transição e movimentos sociais: contribuições ao debate da Reforma Sanitária. *In*: Costa NR, organizadora. Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Petrópolis: Editora Vozes; 1989.
- (2) Gonzalez L. A mulher negra na sociedade brasileira. *In*: Luz M, organizadora. O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Rio de Janeiro: Graal; 1982. p. 87-104.
- (3) Berquò E. Ainda Uma Questão da Esterilização Feminina no Brasil. *In*: Giffin K, organizadora. Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1993. p. 113-125.
- (4) Davis A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo; 2016.
- (5) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* 2016;25(3): 535-549.

CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS: PERSPECTIVAS DE USUÁRIOS, TRABALHADORES E GESTORES

Pablo Fernandes Pinheiro¹

Norma de S. Thiago Pontes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Entre os princípios estabelecidos pelo SUS, a participação da comunidade é um aspecto social e político crucial para a construção de um sistema de saúde de qualidade, e, dentre as formas de participação popular, estão os Conselhos de Saúde. Isso proporciona grande potencial de participação, trazendo características locais e dinamicidade ao território [1]. Contudo, existem dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde, gestores e usuários para uma participação efetiva e resolutividade de demandas no nível local, como a baixa divulgação das atividades e resoluções, o que contribui para a baixa adesão e distanciamento da população [2]. Os espaços participativos ainda são incipientes, e a população precisa avançar na compreensão de seus significados e direitos de participação. A maioria desconhece a importância da participação social na construção das políticas de saúde, e boa parte nem conhece seus representantes locais. Além disso, a juventude brasileira não tem uma cultura de engajamento nas questões da agenda pública [3]. Este trabalho visa contribuir com o processo de implantação de Conselhos Locais de Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Petrópolis-RJ, criando espaços coletivos de troca e compartilhamento de saberes entre usuários, trabalhadores e gestores, fortalecendo o controle social e a participação popular ativa e criativa.

OBJETIVO

- Identificar percepções da comunidade, gestores e profissionais de saúde acerca dos Conselhos Locais de Saúde no município de Petrópolis.
- Traçar um perfil sociodemográfico sobre a população participante dos Conselhos Locais de Saúde das ESF escolhidas;
- Identificar as potencialidades e fragilidades evidenciadas pelos participantes sobre conselhos locais de saúde.

METODOLOGIA

Pesquisa transversal, qualitativa, de cunho descritivo, estudo de campo com público-alvo composto por 2 profissionais, 2 usuários e 1 gestor, participantes dos Conselhos de Saúde das Estratégias de Saúde da Família de Petrópolis-RJ: Amazonas e Vila Rica. Foram entrevistados aqueles

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: pablo.uff.br@gmail.com

que cumpriram os critérios de inclusão e concordaram com a participação, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas, semiestruturadas e individuais, abordaram dados sociodemográficos, noções do Sistema Único de Saúde e participação popular, além da estrutura e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde, realizadas presencialmente e gravadas com autorização dos participantes. O material foi transcrito pelo pesquisador. A análise identificou temas de interesse para os participantes, associando trechos das falas a categorias. A pesquisa seguiu 3 etapas: pré-análise, categorização para identificar conteúdos predominantes, e interpretação final, correlacionando os dados com conceitos e problemas discutidos [4].

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e de idade dos participantes foi o seguinte: 7 mulheres (70%) e 3 homens (30%), com idades variando entre 30 e 70 anos, sendo a média de idade de 49 anos. O tempo de trabalho e utilização das equipes variou entre 2 e 30 anos, com o menor tempo atribuído às gerentes, que fazem revezamento entre as unidades, constituindo uma média de 15 anos de utilização da unidade. Com relação à raça/cor, a maioria se autodeclarou branca, com 5 pessoas (50%), seguida por 2 pessoas (20%) que se autodeclararam pretas e 3 pessoas (30%) que se autodeclararam pardas. Foram devidamente entrevistados os 5 profissionais de cada unidade (trabalhadores e gestores), totalizando um número de 10 pessoas.

As categorias temáticas caracterizadas a partir das falas serão apresentados a seguir, destacando-se algumas citações no intuito de prover evidências e ampliar a compreensão das falas dos participantes. Assim, a partir da análise temática buscou-se, no processo de inferências, identificar significados para a percepção dos entrevistados.

As categorias temáticas identificadas nas falas dos participantes foram: baixa adesão da população à participação nos Conselhos Locais de Saúde, relação conflituosa com as associações de moradores, falta de comprometimento dos membros atuantes dos conselhos locais, frágil intersetorialidade e o conselho local como forma de transformação social. Essas categorias serão discutidas e correlacionadas com a literatura.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar de a população reconhecer o conselho como um espaço de transformação e controle social, ainda existem fragilidades e entraves a serem superados. É necessária uma melhor integração com os setores municipais, o que nem sempre ocorre. Planejar encontros sobre os Conselhos Locais, com abordagens educativas que partam das perspectivas dos participantes, pode fortalecer a participação nesses espaços, ampliando o interesse da comunidade e motivando mais candidatos a conselheiros. As associações de moradores, como forças sociais, também devem ser fortalecidas e ouvidas, tendo espaço nos conselhos locais. Elas podem mobilizar o diálogo e ajudar na construção de caminhos para melhorar as condições de saúde da população. Essas ações visam fortalecer os conselhos de saúde e estimular a criação de novos, avançando na gestão participativa local no município.

REFERÊNCIAS

- [1] Buziquia SP, Junges JR, Lopes PPS, Nied C, Gonçalves TR. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Saúde Soc.* 2023;32(1): 1-20.
- [2] Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde Soc.* 2017;26(2): 411-423.
- [3] André AN, Ramos JVB, Cruz PJSC, Vasconcelos ACCP. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Saúde em Redes.* 2021;7(2):217-237.
- [4] Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

CRIATIVIDADE E CONSCIENTIZAÇÃO: O PODER DO CONCURSO DE FRASES E DESENHOS NA LUTA CONTRA AS ARBOVIROSES

Elainize Rodrigues do Santos Oliveira¹

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento

Elisangela Alves Santana

Glauco Cesar Martins

Josiane Marcia de Castro

Walisson Medeiros

Igor Gandra Neves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Concurso de Frases e Desenhos sobre Arboviroses é uma iniciativa que visa conscientizar a população, especialmente as crianças e jovens, sobre os riscos e as formas de prevenção das doenças transmitidas por arbovírus, como a dengue, zika e chikungunya. Estas doenças têm sido um grande desafio para a saúde pública em diversas regiões do Brasil e do mundo, sendo transmitidas principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti* (1). O concurso busca estimular a criatividade e o engajamento da comunidade em ações educativas, além de promover a reflexão sobre a importância da prevenção no combate a esses vetores. A proposta é que, por meio de frases e desenhos, os participantes se expressem sobre o tema, transmitindo mensagens de conscientização e alertando sobre os cuidados necessários, como o combate ao mosquito, eliminação de focos de água parada e uso de repelentes. Ao engajar os jovens em um concurso, a ação também visa incentivar o protagonismo juvenil na luta contra as arboviroses, incentivando a participação ativa na promoção de um ambiente mais saudável e seguro (2). Dessa forma, o concurso se configura como uma ferramenta pedagógica, que além de oferecer um espaço para a expressão artística, também fortalece o compromisso da sociedade com a prevenção e o cuidado com a saúde pública, proporcionando um aprendizado significativo para todos os envolvidos.

OBJETIVO

Engajar a população, especialmente as crianças, em atividades educativas sobre a prevenção das arboviroses, utilizando frases e desenhos como forma criativa de disseminar a informação e fortalecer as ações de combate ao mosquito.

METODOLOGIA

A metodologia envolveu a realização de um concurso nas escolas municipais de Ipatinga, destinado a alunos do ensino fundamental. O objetivo foi estimular as crianças a criarem frases e desenhos que abordassem as formas de prevenção das arboviroses. Antes da entrega dos trabalhos,

1

Prefeitura Municipal de Ipatinga. E-mail: nize1arthur@hotmail.com

as escolas promoveram atividades pedagógicas sobre o tema, com o apoio de profissionais da saúde, garantindo a transmissão de informações precisas e claras sobre o combate às doenças. As frases e os desenhos foram avaliados por uma comissão composta por professores e profissionais de saúde, que selecionaram os melhores trabalhos. Os vencedores foram premiados em uma cerimônia especial, com a presença de seus familiares. Além disso, os trabalhos premiados foram utilizados em materiais educativos e campanhas de conscientização, ampliando o alcance das mensagens e reforçando a importância da prevenção das arboviroses na comunidade escolar e local. A metodologia, ao integrar o conhecimento acadêmico e as orientações de saúde pública, buscou envolver ativamente os estudantes na promoção de hábitos saudáveis e no combate ao mosquito transmissor.

RESULTADOS

O concurso envolveu cerca de 3.000 alunos de 20 escolas municipais de Ipatinga, incentivando a criação de frases e desenhos sobre a prevenção das arboviroses. Os trabalhos recebidos refletiram o interesse e a dedicação dos estudantes. As melhores produções foram premiadas e as mais impactantes utilizadas em campanhas educativas nas mídias sociais e em materiais impressos, como panfletos e cartazes. Essas campanhas alcançaram um público diversificado e ampliaram a conscientização sobre os cuidados necessários para combater o mosquito transmissor das doenças. Um dos resultados mais significativos foi o aumento de 40% no engajamento da comunidade nas ações de combate ao mosquito, evidenciado pela maior participação das famílias nas atividades de eliminação de focos. Também se observou um aumento considerável no conhecimento dos alunos sobre a prevenção das arboviroses, com melhorias nas práticas corretas, como eliminar locais de acúmulo de água. Além disso, o concurso fortaleceu a colaboração entre escolas, equipes de saúde e a comunidade, criando um ambiente integrado e eficiente para o controle das doenças. Neste ano, Ipatinga apresentou uma incidência acumulada de arboviroses consideravelmente baixa em janeiro, contrastando com 2024, quando os índices estavam alarmantemente altos e a cidade decretou estado de emergência em saúde pública. Em 2025, as medidas de prevenção adotadas pela comunidade e as ações de conscientização durante o concurso surtiram efeitos positivos, refletindo a maior conscientização da população e a intensificação de campanhas educativas. A troca de experiências fortaleceu as ações de prevenção, e o município segue comprometido com a educação em saúde e a mobilização da comunidade para a redução das arboviroses.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O concurso de frases e desenhos sobre arboviroses foi uma estratégia eficaz de sensibilização, utilizando a criatividade e o envolvimento das crianças para reforçar as mensagens educativas sobre prevenção. A iniciativa gerou um alto impacto na conscientização da comunidade, especialmente nas famílias dos alunos participantes. A ação demonstrou que métodos interativos e lúdicos podem ser altamente eficazes na disseminação de informações de saúde. Recomenda-se a continuidade e a ampliação do projeto, com a inclusão de mais escolas e a utilização de novos formatos de comunicação.

REFERÊNCIAS

- (1) Pimentel AG, Spiegel CN, Morel APM, Ribeiro CCM, Gomes SAO, Alves GG. Concepções de educação em saúde nos jogos didáticos sobre *Aedes aegypti* no Brasil: uma revisão integrativa. Invest Ens Ciências. 2021;26(1):285-304.
- (2) De Sá Catão CD, et al. Ações de educação em saúde em ambiente escolar sobre arboviroses: relato de experiência. Rev Saúde Ciência. 2019;8(3):105-114.

CUIDADO DE LA VIDA: SABERES POPULARES EN SALUD EN LA VEREDA LOS ANDES - ZONA DE RESERVA CAMPESINA CUENCA DE RÍO PATO Y VALLE DE BALSILLAS, CAQUETÁ, COLOMBIA

Katherine Andrea Ramírez Arias¹

Edson Jair Ospina Lozano

INTRODUCCIÓN

Históricamente las zonas rurales en el departamento del Caquetá han enfrentado un abandono por parte del Estado, debido principalmente a la configuración del territorio(1,2). Este proceso ha profundizado las brechas frente al acceso a educación, servicios públicos, cultura y salud, y todo lo vinculado al cuidado de la vida.

Los saberes populares en salud (SPS) son representaciones y/o respuestas que la humanidad ha desarrollado en su proceso de producción y reproducción social que desempeñan un rol clave en la gestión de salud y el bienestar colectivo. Estos saberes forman parte de la identidad cultural, y tiene en cuenta las experiencias de la vida cotidiana donde habitan valores, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres, entre otros(3).

El núcleo que plantea este escrito hace referencia al proceso académico de los salubristas en su formación como investigadores, del cual se desprende la comprensión de los SPS utilizando herramientas cualitativas que fomenten la investigación participativa, respetuosa y transformadora. La interrogante entonces es: ¿De qué forma el proceso formativo de los futuros salubristas se incorpora en las respuestas en salud de las comunidades rurales, promoviendo una investigación participativa para el futuro desarrollo de políticas públicas en salud más adaptadas a las realidades locales rurales?

OBJETIVO

Para dar respuesta a lo anterior, el objetivo planteado en esta investigación fue promover escenarios colectivos que fortalezcan los procesos democráticos y dinamicen los saberes populares en salud, a través de la Investigación-Acción-Participativa, integrándolos como una herramienta intelectual propia en la comunidad.

METODOLOGÍA

El trabajo de investigación cualitativa se enmarca en el enfoque metodológico de IAP, bajo un paradigma sociocrítico. Las dinámicas en lo cualitativo nos permitieron movernos en los hechos sociales de la comunidad de la vereda Los Andes perteneciente a la Zona de Reserva Campesina cuenca del río Pato y valle de Balsillas, en el departamento de Caquetá, Colombia.

1 Universidad Nacional de Colombia. E-mail: karamireza@unal.edu.co

Las técnicas de investigación usadas para la recolección de información fueron: la observación participante, el diario de campo, la cartografía social, entrevistas semiestructuradas, talleres, la fotografía y la revisión documental.

La investigación contó con tres etapas. “La conexión de los mundos”, donde se realizó el planteamiento del problema, dado un primer ingreso a la realidad caquetense; desde aquí se exploró el contexto y consideró la convivencia y el acceso en específico a la vereda. La segunda, “La juntanza, la unión hace la fuerza”, dado el ingreso a la comunidad veredal se expone el contexto socio histórico, la constitución de las zonas de reserva campesina y el contexto actual, incluyen los saberes populares en salud. Y la última etapa, bajo una visión de puntos suspensivos “El junte en la acción participativa” donde se consolidó un grupo de jóvenes, participantes de convocatorias públicas con relación a la promoción y el cuidado de la vida.

RESULTADOS

Para entrar en la constitución de los recursos desde los saberes populares en salud, es importante también entender el enfoque de la salud que tienen las mujeres en su cotidianidad. Se pretende tomar las voces de las mujeres, dado que, son ellas quienes históricamente han llevado consigo el papel del cuidado, como una acción de política.

El significado de la salud para las mujeres de la vereda Los Andes va más allá de no estar enfermas. Según la cotidianidad de la vereda Los Andes y las narrativas de las mujeres, la salud significa tener una alimentación adecuada, tener vivienda, tener un tejido comunitario, y contenerse en el cuidado a través de valores como el amor, el respeto; cuentan y presentan su la relación de dependencia con la naturaleza.

El territorio para los campesinos patunos hace parte a “una extensión más del cuerpo”, la relación que las mujeres han construido a través de los años con el territorio han estado marcadas por la gratitud, dado que, este es el espacio donde han encontrado todos los recursos disponibles para la creación de la vida. Esta gratitud a su vez se interpreta como una acción recíproca que tienen cotidianamente con el contexto: “el cuidado”, entendido como acciones que implican en parte tiempo, esfuerzo físico, esfuerzo mental y espiritual; dar algo de sí mismas para la creación y/o reconstrucción de un recurso existente o nuevo, con el fin de sostener la vida desde el amor, la memoria y la resistencia.

Esta relación no sólo se entiende desde una base funcional y/o productiva, sino como una relación profundamente espiritual y política, que le permite a las mujeres reconocerse en el proceso de producción del conocimiento cotidiano. Habitar los espacios de huerta ha venido transformando el conocimiento para el cuidado de la vida, dado que, estos alimentos contienen una historia hereditaria impregnada de una profunda carga simbólica y espiritual.

Desde los sentires y vivencias de los campesinos patunos, que no vale dar causa a una lucha, sin pensar en quiénes ocupan esta lucha a futuro. Los campesinos tienen presente que el esfuerzo que hoy

realizan por generar respuestas en salud cobrará verdadero valor si los territorios siguen siendo el hogar de las comunidades campesinas. Por lo anterior, el compromiso desde las personas que pensamos una reactivación de Casa Taller está directamente relacionado con la reconstrucción del tejido social. Por lo tanto, el proceso que realizamos con Casa Taller, donde a través del junte, no sólo de las voluntades presentes en el territorio, sino de ideas, misiones y visiones que se tienen proyectadas para este espacio, generó una acción comunitaria a través del muralismo.

Se da por entendido que la lucha y respuesta a sus necesidades y/o problemáticas, se construye desde una realidad más próxima. Es así que su compromiso comunitario está precedido principalmente por la ocupación de los espacios comunitarios para los jóvenes, espacios donde converge en uso de la palabra y la reivindicación de lo común. Teniendo en cuenta los resultados y las voluntades a través del trabajo de campo el objetivo de la IAP es: “Participar de la oferta pública con el fin de buscar recursos para generar herramientas de participación, potenciando el arraigo de los jóvenes en el territorio”, por medio de la una agrupación consolidación de jóvenes.

REFERENCIAS

- (1) Centro Nacional de Memoria Histórica. La tierra no basta. Colonización, baldíos, conflicto y organizaciones sociales en el Caquetá. Bogotá: CNMH; 2017.
- (2) Briñez VG. Historia de la región de El Pato Caquetá, Colombia. Trilce Editores; 1998.
- (3) Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades. 1994. Disponible en: https://centrodocumentacion.psicosocial.net/wp-content/uploads/2003/01/menendez-enfermedad_y_curacion.pdf

CUIDAR DE QUEM CUIDA: UMA EXPERIÊNCIA DE MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS PERIFÉRICOS

Laís Silva Mariano¹

Gabriel Lima Simões

Grazielle Serafim Nogueira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Discorrer a respeito dos Direitos Humanos mostra-se um desafio à medida que cada vez mais populações vulnerabilizadas se veem como não merecedoras de direitos básicos, como o acesso à saúde. No contexto brasileiro, onde anos de colonização e exploração econômica e cultural resultaram em iniquidades, refletir sobre os direitos humanos é reafirmar o direito a um viver saudável e autônomo.

A saúde é um importante meio para o desenvolvimento socioeconômico, pessoal, político e cultural de uma sociedade, bem como para medir a qualidade de vida dos cidadãos. A compreensão da saúde como um recurso para a vida, permite extrapolar os limites do antigo e engessado conceito, que defendia a saúde como ausência de doença, e compreendê-la a partir da noção de promoção da saúde, que considera o modo como as pessoas participam nas tomadas de decisões que dizem respeito à melhora de sua qualidade de vida [1].

O presente trabalho é um relato de experiência acerca de um projeto desenvolvido junto a defensores populares do Estado do Rio de Janeiro que, dentro de seus territórios e contextos, apontaram dificuldades em encontrar serviços e dispositivos de cuidado em saúde mental. Como efeito, percebiam essa falta de informação como uma das fragilidades de serem lideranças comunitárias e não saberem como encaminhar demandas de cuidado em saúde mental por moradores dos seus respectivos territórios.

OBJETIVO

O objetivo geral do projeto foi tornar acessíveis informações sobre os serviços de saúde mental disponíveis à população de territórios periféricos. Dentre os objetivos específicos, buscou-se a mitigação da falta de acesso à informação e a redução da fragmentação da rede de cuidado, a partir de espaços de escuta onde moradores desses territórios pudessem falar suas percepções sobre saúde, direitos e cidadania, além das angústias sentidas por serem moradores de territórios vulnerabilizados.

METODOLOGIA

O projeto teve como metodologia rodas de conversa para mapeamento dos serviços de saúde mental em conjunto com os moradores dos territórios. Inicialmente, determinou-se que tal processo se daria em quatro etapas, todas com a mediação e monitoramento de duas psicólogas.

¹ Rede de Defensores de Direitos Humanos e Promoção da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. E-mail: laissmariano@gmail.com

A primeira etapa das rodas pretendia escutar moradores a respeito dos serviços de atendimento em saúde mental disponíveis à população, bem como a percepção acerca de conceitos como saúde mental, direitos humanos e cidadania. A segunda etapa previa a entrega de formulários para que os participantes realizassem o levantamento de tais serviços em suas localidades. Na terceira etapa se faria a coleta e debate sobre as informações levantadas. A última etapa seria a distribuição e difusão do material construído com tais informações.

Contudo, a indisponibilidade de agendas dos moradores dos territórios para reunirem-se dentro do prazo estabelecido levou a uma interrupção da programação dos ciclos de roda de conversa previstos. A alternativa encontrada foi a realização de uma força tarefa para levantamento dos serviços disponíveis à população a partir de fontes oficiais dos municípios e em redes de articulação pessoal.

RESULTADOS

O projeto abrangeu os territórios de Duque de Caxias, Mesquita, São Gonçalo e Seropédica, na região metropolitana do Rio de Janeiro, além do Complexo da Maré e Campo Grande, nas regiões norte e oeste da capital, respectivamente. A primeira etapa das rodas de conversa permitiu discutir saúde, cuidado e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Surgiram diferentes concepções de saúde, algumas relacionadas à garantia de direitos básicos, e relatos de como essas populações se sentem não merecedoras do cuidado, reflexo de uma política de descuido e abandono.

Percebeu-se o desconhecimento sobre alguns serviços disponíveis pela RAPS e a dificuldade no acesso a esses serviços, bem como o contingente mínimo de profissionais da área. Profissionais de saúde participaram das rodas e compartilharam suas dificuldades em lidar com a demanda de saúde mental. Os participantes enfatizaram a importância de iniciativas que os coloquem no centro do debate sobre saúde, destacando a necessidade de uma gestão territorial de qualidade e um trabalho participativo.

A violência foi uma temática recorrente nos debates, sendo um determinante para o sofrimento mental. Dentre as ferramentas de contrapartida, o cuidado em saúde mental surgiu como possibilidade coletiva, reconhecendo que a responsabilização individual é uma forma de controle populacional.

Apesar dos desafios, a divulgação dos dados pode ajudar a mitigar a falta de acesso aos serviços, reforçando que o acesso à saúde e à informação é um direito. A realização das rodas de conversa colocou os moradores como peça-chave do mapeamento ao contribuir para a compreensão das questões em seus territórios, além de enfatizar a participação comunitária como essencial para a continuidade de iniciativas promotoras de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente relato de experiência demonstrou os desafios enfrentados ao construir uma discussão coletiva a respeito de conceitos como acesso à saúde, direitos humanos e espaços institucionalmente vulnerabilizados. O projeto “Cuidar de quem cuida” proporcionou um espaço de trocas sobre as perspectivas a respeito do cuidado em saúde mental em seus territórios.

Através de tal experiência evidenciou-se que moradores de regiões periféricas do Estado do Rio de Janeiro convivem diariamente com a sensação de abandono devido à falta de acesso a informações sobre saúde, sobretudo, saúde mental.

Embora a análise da experiência tenha evidenciado as ausências e carências de territórios historicamente vulnerabilizados, a elaboração de tal projeto deu margem para que possam existir outras iniciativas que sejam desenvolvidas primordialmente pela via das potencialidades e particularidades essenciais dos territórios trabalhados.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986.

CURSO DE ABOGACÍA EN LÍNEA: RECONOCIENDO LA LABOR Y EXPERIENCIA DE TRES DISTINTOS TIPOS DE TRABAJADORES COMUNITARIOS DE SALUD DE LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS, MÉXICO

Raquel Trujillo Pérez¹

Mayra del Rosario Ramírez Vazquez

Tristan Yahir Luna Pérez

Francisco Ernesto Dominguez

Matthew Hing

Josef Gregory Ernst

Leini Cruz Escalante López

Eudeli Mercedes Velázquez Reyes

María Isabel Ramírez Méndez

INTRODUCCIÓN

De todos los estados mexicanos, Chiapas se enfrenta a importantes retos. Su tasa de pobreza multidimensional es de un impactante 75,5%, y más de la mitad de la población sufre inseguridad alimentaria. En cuanto a la atención sanitaria, más de un tercio de la población carece de cualquier tipo de seguro médico (1). El programa de Acompañantes, el nombre local para el grupo de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en la ONG Compañeros en Salud (CES), fue diseñado originalmente para el seguimiento de pacientes crónicos con diabetes e hipertensión (Modelo Vertical, del que hay 49 ACS), ampliándose para incluir el seguimiento de la salud materna y, desde 2019, se adaptó un modelo en el que los ACS visitan cada hogar de la comunidad y a todos quienes viven en él (Modelo Hogar, del que hay 27 ACS). La organización desarrolló dos otros tipos de ACS: Cuidadoras de Salud Mental (9 ACS), que dirigen círculos restaurativos para personas de la comunidad y están equipadas con herramientas para apoyar a los pacientes con ansiedad crónica y/o depresión; y Auxiliares (10 ACS), que asisten directamente en clínica, agendando a los pacientes, realizando triaje y gestionando la farmacia. En parte debido a las diferencias en sus esquemas de trabajo, se produce una fragmentación de las redes de salud comunitarias, que a menudo da lugar a rumores en la comunidad e incluso resentimientos familiares (2).

OBJETIVO

Con el fin de dotar a los ACS de las herramientas de promoción que son importantes para organizar y efectuar cambios a niveles superiores, la coordinación de Acompañantes contextualizó e implementó el curso en línea de promoción de La Coalición para el Impacto de la Salud Comunitaria (CHIC por sus siglas en inglés) con todos los ACS para articularlos hacia su autogestión, en última instancia con el objetivo de aumentar su defensa juntos dentro de CES.

1 University of California, Los Angeles. E-mail: tluna@pih.org

METODOLOGÍA

A partir de enero de 2024 se compartió el enlace de la plataforma en línea del curso de abogacía con 27 Acompañantes de 4 comunidades bajo un mismo supervisor. Se realizaron 10 videoconferencias semanales (2 horas) por WhatsApp, Zoom y finalmente Microsoft Teams con el fin de realizar un seguimiento de los avances, recolectar retroalimentación, contextualizar los contenidos y poner en práctica las habilidades aprendidas a lo largo del curso. Para cerrar el programa, los participantes que completaron el curso recibieron diplomas, y se solicitó su opinión a través de una encuesta y un grupo focal por comunidad.

Después, CES extendió el curso de abogacía a todos los ACS, incluidos los 72 que no participaron en el piloto. Los facilitadores del curso programaron la implementación del 27 de mayo al 5 de junio de 2024, con videoconferencias diarias a través de Microsoft Teams para el diálogo y la práctica. Durante esta implementación, los 72 ACS se dividieron en dos grupos de acuerdo a la asignación de su supervisión para fomentar el diálogo entre los ACS. La intervención se evaluó mediante una encuesta y grupos focales por comunidad.

RESULTADOS

Los ACS informaron positivamente sobre su experiencia con el curso en los datos de la encuesta cuantitativa (n=15 para la encuesta piloto, n=60 para la implementación completa). A pesar de ser una formación no relacionada con la salud, el 93,3% de los ACS informaron que el curso era útil (n=22) o muy útil (n=38) para su trabajo. En cuanto a los temas del curso que los ACS afirmaron haber aprendido, el 88% dijo sentirse más conectado a la red mundial de ACS, el 76% se sintió más capaz de encontrar formas de mejorar su propio programa, el 81% se sintió más capaz de abogar por esas mejoras, el 71% se sintió más seguro para compartir ante un público y el 83% se sintió más cómodo utilizando herramientas tecnológicas para participar en reuniones virtuales. Con respecto a la construcción de una identidad colectiva de ACS, el 87% de las ACS se sintieron conectadas (n=24) o muy conectadas (n=41) con otras ACS de su comunidad después de haber realizado el curso. En cuanto a la creación de conexiones intercomunitarias, que sólo se preguntó en la segunda encuesta de implementación, el 82% se sintió conectado (n=27) o muy conectado (n=22) con los ACS de otras comunidades después de haber realizado el curso.

El análisis preliminar de los datos de los grupos de discusión cualitativos corrobora y profundiza a los resultados cuantitativos. Los ACS informaron de experiencias positivas en general con el curso y mayores sentimientos de conexión bajo la identidad común de ACS. También manifestaron su deseo de tener más experiencias en grupos cruzados y de aprender más sobre los ACS de otros contextos. A pesar de las dificultades con el horario, la conexión a Internet y el conflicto armado en su región, las participantes anhelan aprender, organizarse y defender sus intereses.

CONSIDERACIONES

El impulso programático hacia la defensa de los ACS ha abierto nuevas posibilidades para que los ACS establezcan relaciones con sus compañeros, encuentren una causa común y expresen sus verdades. En la actualidad se celebran reuniones mensuales con todos los ACS para seguir fortaleciendo las relaciones y explorando futuras vías de organización dentro de CES, incluso un comité de trabajadoras. También, tras haber realizado juntos el curso de promoción, los ACS se han integrado mejor en la comunicación organizativa; pronto la mayoría recibirá un celular y acceso a una cuenta de correo electrónico institucional de PIH. A través de esta iniciativa de promoción, los ACS se han unificado y organizado más y ahora participan más en los procesos de toma de decisiones dentro de la organización, aunque queda por ver si estos efectos se mantendrán a largo plazo. De cara al futuro, es importante que el programa siga apoyando los deseos de organización y comunicación externa de los ACS (3).

REFERENCIAS

- (1) Rodríguez-Cuevas F, Maza-Colli J, Montañó-Sosa M, Lourdes Arrieta-Canales M, Aristizabal-Hoyos P, Aranda Z, Flores-Navarro H. Promoting patient-centered health care and health equity through health professionals' education in rural Chiapas. *Health and Human Rights*. 2023 Jun;25(1):119.
- (2) Swartz A, Colvin CJ. 'It's in our veins': caring natures and material motivations of community health workers in contexts of economic marginalisation. *Critical Public Health*. 2015 Mar 15;25(2):139-52.
- (3) Cooper A. What does health activism mean in Venezuela's Barrio Adentro program? Understanding community health work in political and cultural context. *Annals of Anthropological Practice*. 2015 May;39(1):58-72.

DEMOCRACIA PARTICIPATIVA NA SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DO PDPI NA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Caique Pereira Santos¹

Ana Clara Fraga

Ednéa Harckbart

Maria Angelica Callegario Vieira

Mariana Pereira Monteiro

Maristella Zamborlini Macedo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto Práticas Inovadoras para a Qualificação da Participação Social na Saúde (PDPi) foi criado em 2022 com o objetivo de fortalecer a democracia participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo. Fruto de uma parceria entre o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES-ES) e o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), o PDPi busca qualificar os conselhos de saúde e fortalecer o papel dos conselheiros(as) e outros atores sociais, promovendo a participação ativa da sociedade na formulação e fiscalização das políticas públicas de saúde. Dentro desse contexto, as conferências de saúde, enquanto espaços de deliberação e construção coletiva, são essenciais para a ampliação da participação social na formulação das políticas públicas [1]. Este relato de experiência tem como objetivo descrever as contribuições do PDPi na 10ª Conferência Estadual de Saúde, realizada entre 24 e 27 de maio de 2023, etapa preparatória da 17ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Na conferência, o PDPi esteve presente em todas as etapas, desde a mobilização inicial até a sistematização das propostas, contribuindo para a promoção de debates qualificados e para o fortalecimento do controle social no SUS capixaba. A experiência apresentada reflete o potencial do projeto de fomentar a construção de políticas públicas mais inclusivas, participativas e alinhadas às necessidades da sociedade.

OBJETIVO

Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar a atuação do Projeto Práticas Inovadoras para a Qualificação da Participação Social na Saúde (PDPi) durante a 10ª Conferência Estadual de Saúde do Espírito Santo, destacando suas contribuições para o fortalecimento da participação social, da democracia participativa e do controle social no SUS capixaba, considerando que os conselhos de saúde são instâncias fundamentais para o exercício do controle social e a consolidação da democracia no setor da saúde [2].

1 Instituto Capixaba de Ensino. E-mail: caiqueclow@gmail.com

METODOLOGIA

A atuação do PDPi englobou todas as etapas do evento, com participação ativa da equipe. Antes da conferência, a equipe esteve presente nas comissões organizadora, de comunicação e de relatoria. Na comissão organizadora, contribuindo com o planejamento e execução do evento. Na comissão de comunicação, com o desenvolvimento da identidade visual, criação de materiais gráficos, como banners, crachás e convites, garantindo a divulgação adequada do evento, uma vez que o uso estratégico da comunicação fortalece a mobilização social e potencializa a participação cidadã nos processos decisórios [3]. Na comissão de relatoria, participando da sistematização das propostas municipais, preparando as deliberações a serem discutidas durante o evento. Durante a conferência, o PDPi apoiou a organização dos grupos de trabalho, facilitou três rodas de conversa e contribuiu com a relatoria. A equipe de comunicação realizou cobertura jornalística, atualizando as redes sociais com conteúdos em tempo real, como vídeos e postagens. Após o evento, o PDPi realizou um estudo diagnóstico sobre o perfil dos participantes do evento, o que derivou em um projeto de pesquisa, aprovado por comitê de ética.

RESULTADOS

Durante o evento, foram realizadas três rodas de conversa, com os seguintes temas: “Mobilização social para reinstalação dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde”, “Educação Permanente para o Controle Social – Balanço, desafios e perspectivas do Projeto desenvolvido pelo PDPi/CES” e “Comunicação e Redes Sociais como ferramenta de mobilização social na defesa do SUS”.

Essas atividades envolveram mais de 120 participantes, gerando debates aprofundados e propostas relevantes para os desafios da saúde no Espírito Santo. A equipe de comunicação do PDPi foi responsável pela cobertura contínua nas redes sociais, atualizando os participantes e o público em geral com vídeos, fotos e postagens em tempo real. Após o evento, o “Estudo Diagnóstico do Perfil da Participação Social na 10ª Conferência Estadual de Saúde do Espírito Santo” foi apresentado no plenário do CES, gerando discussões sobre a efetividade da participação social no contexto das conferências e conselhos de saúde. Este estudo originou a pesquisa “Participação Social no Espírito Santo: Conferências e Conselhos de Saúde como Espaços para Efetivação dos Direitos Humanos na Saúde”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Vila Velha (UVV) e servirá de base para futuras ações de qualificação da participação social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O PDPi foi criado no segundo semestre de 2022, e, mesmo com menos de um ano de atuação, conseguiu contribuir de forma significativa para a 10ª Conferência Estadual de Saúde, realizada no primeiro semestre de 2023. Em 2024, o projeto apoiou a etapa estadual da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, e, em 2025, continuará sua atuação, apoiando a etapa estadual da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Gradativamente

o PDPI refina seus processos e procedimentos operacionais, com o objetivo de aprimorar cada vez mais sua contribuição a esses eventos de extrema importância para a sociedade e para a construção de políticas públicas mais inclusivas e participativas.

REFERÊNCIAS

- (1) Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. Cadernos de Saúde Pública. 2015;31:2047-2058.
- (2) Cortês SMV *et al.* Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- (3) Gohn MG. Movimentos sociais na contemporaneidade. Rev bras Educ. 2011;16(47):333-361.

DEMOCRATIZANDO EL CURRÍCULUM DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD: UN DESAFÍO NECESARIO EN EL PROCESO FORMATIVO MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN

Victoria Cáceres Cáceres¹

Alicia Contreras Mu

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene por objetivo describir las percepciones de estudiantes de la carrera de enfermería frente a las prácticas intermedias de la formación profesional, favoreciendo así, la optimización y eficacia de estas y la participación de la voz de estudiantes en la elaboración de propuestas de mejora, democratizando así la construcción curricular.

La adquisición de los aprendizajes y del rol profesional es un aspecto donde las instituciones de educación superior buscan mejorar de forma continua. La investigación aporta un proceso formal, objetivo, riguroso y sistemático para obtener información sobre aspectos de la realidad, en este caso sobre la calidad de formación en Enfermería, específicamente en la línea de formación práctica, desde la participación del estudiantado(1). En las carreras de la salud se valora importantemente la formación que se realiza en los campos clínicos, ya que se permite al estudiantado acceder a experiencias reales de aprendizajes, a poner en práctica los conocimientos adquiridos desde la teoría, también considera otros elementos que favorecerán su formación, los relacionados a comportamiento, reflexión crítica, propuesta de sugerencias, identificación de limitaciones y tener estrecho contacto con el rol profesional en espacios clínicos (2-4).

OBJETIVO

Acceder, desde los estudiantes, a identificar la eficacia de las prácticas intermedias en los campos clínicos, las que son objeto de evaluación y de mejora desde el cuerpo docente especializado. La intención es conocer y ejercitar la percepción del estudiantado en cuanto a su formación. El estudio describe las percepciones de los/as estudiantes de la carrera de Enfermería frente a las prácticas clínicas, favoreciendo la participación, optimización y eficacia de las mismas.

METODOLOGÍA

La metodología es cuantitativa, siguiendo lineamientos de Estudio de caso descriptivo(5), el que busca presentar el detalle del fenómeno estudiado, en este caso, las percepciones del estudiantado frente a los recursos materiales disponibles; dependencias; oportunidades de aprendizaje; influencias de las/os profesionales de la salud en el proceso de formación; y los procesos evaluativos de las prácticas de la carrera de Enfermería de una institución de educación superior chilena. La confianza del estudio

1 Universidad SEK. Chile. E-mail: victoria.caceres@usek.cl

de caso en el enfoque cuantitativo radica en la cuantificación de las respuestas entregadas por los/as participantes(6). La muestra fueron estudiantes de tercer y cuarto año de la carrera de Enfermería de una universidad privada de la región Metropolitana de Chile, donde se invita a los/as estudiantes que cumplieran con el siguiente criterio de inclusión, que tuviesen aprobada las asignaturas clínicas de la carrera de Enfermería. Las asignaturas son: “Gestión del cuidado en la comunidad”, “Gestión del cuidado en el adulto y persona mayor hospitalizada”, “Gestión del cuidado en urgencias” y Gestión del cuidado en el niño”. Los sujetos que respondieron las preguntas fueron 46. Se elaboró y validó por expertos el instrumento de recolección de datos.

CONSIDERACIONES

En base a los resultados obtenidos se visualiza que las percepciones del estudiantado frente a las asignaturas de prácticas en campos clínicos de la Carrera de Enfermería de una universidad chilena son valorados, considerando que más del 80% responde que esta parcial y totalmente de acuerdo con que la práctica realizada contribuyó a conocer el quehacer de enfermería como parte de la formación profesional(7), esto evidencia que las prácticas clínicas en la formación profesional son un recurso de valor, lo que permite poner en ejercicio lo aprendido en la teoría (5). La voz de los estudiantes contribuye a la formación de un contexto democrático de aprendizaje donde los actores educativos, docentes y estudiantes, dupliquen sus esfuerzos en pro de la formación de calidad. Esta participación estudiantil en los espacios universitarios es incipiente. Con los resultados entregados por los/as participantes se pudo dar respuesta al objetivo principal del estudio, donde se evidencia que la percepción del estudiantado transita desde el grado de parcial y totalmente de acuerdo frente a los aspectos de infraestructura, insumos, conocimientos previos, formas evaluativas, actitud de los/as profesionales en los centros clínicos, por sobre las percepciones de parcial y totalmente en desacuerdo. Con esto se respalda que las prácticas favorecen los procesos formativos realizado en la carrera de enfermería, sin embargo, se pueden fortalecer al estimular la participación ya que un promedio de 16% del alumnado responde no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo frente a las afirmaciones consultadas, lo que se puede pensar que sus propias percepciones frente a los elementos considerados para la práctica no son relevantes, valiosas o que no interesa aportarlas. Estimamos que esta Investigación abre un espacio de nuevas interrogantes a ser analizadas y ejercitadas en futuros estudios.

REFERENCIAS

- (1) Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2004.
- (2) Meléndez Chávez S. La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos. Dilemas Contemporáneos Educación Política Valores [Internet]. 2020 [citado 23 abr 2025];8(spe5):00004. doi: [10.46377/dilemas.v8i.2479](https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2479).
- (3) Moreno MA, Tello EN, Prado DJ, García A. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas. Rev Cuidarte. 2013;4:444-9.

- (4) Medina JL. La pedagogía del cuidado, saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
- (5) Pérez C, Alameda A, Albéniz C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Rev Española Salud Pública. 2002;76:517-30.
- (6) Jiménez V, Comet C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. Rev Academo. 2016;3(2):1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757749>
- (7) Medina JL. La doctrina de las minorías en Ortega y sus críticos. 1996.

DESAFIOS NA CRIAÇÃO E MANUTENÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcela Verônica Soares Libertino¹

Luciana Karine Brandão Dias

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A POEPS, Política Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Minas Gerais, foi criada em 2016 por meio da Resolução SES/MG nº 5.250/2016 [1], pós Deliberação CIBSUS/MG nº 2.341, de 19 de abril de 2016. Desde a concepção, destacava a Equidade e a

Participação Social, ambos princípios do Sistema Único de Saúde [2]. Em 2021, a Resolução SES/MG nº 7.610/2021 trouxe o Cofinanciamento baseado em sete indicadores, sendo que o sexto, que posteriormente passaria a ser o quarto indicador, se tratava do “Número de ações para implantação das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” [3]. A partir dessa Resolução, iniciou-se, em 2023, o trabalho para a criação do Comitê Técnico de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde no Município de Santa Bárbara, Minas Gerais.

OBJETIVO

Apresentar um relato cronológico do processo de criação do Comitê Técnico de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, bem como descrever todos os percalços existentes para a manutenção do Comitê.

METODOLOGIA

Foi realizado um Estudo de Caso com análise cronológica descritiva do processo de criação do Comitê Técnico de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e das dificuldades na sua manutenção ao longo do tempo.

RESULTADOS

A realização de Chamamento Público e a simples divulgação nas redes sociais e *site* da Prefeitura não são a estratégia mais eficiente de convocação de membros para o Comitê, já que não atinge a todos igualmente. A representatividade de todos os grupos incluídos nas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde ficou comprometida na primeira composição do Comitê, formalizada em agosto de 2023. Nessa primeira composição, havia apenas servidores da Prefeitura Municipal de Santa Bárbara, sendo que os realmente presentes foram apenas os da Secretaria

1 Prefeitura Municipal de Santa Bárbara – MG. E-mail: marcelavsliber@gmail.com

de Saúde, e membros da comunidade LGBTQIAPN+, ficando os outros grupos, à exceção da comunidade negra, sem representação no Comitê.

O ano de 2024 iniciou com uma epidemia de dengue em todo o país, o que impediu a realização de reuniões do Comitê, já que grande parte dos membros era pertencente à Secretaria de Saúde. Prosseguiu-se apenas com o Diagnóstico Situacional das comunidades existentes no território do Município e atividades direcionadas à Comunidade Cigana no nível de Atenção Primária à Saúde. Dois dos únicos três membros da Sociedade Civil mudaram de cidade e o único membro restante foi candidata a vereadora, o que impediu a realização de reunião. Diante de todas essas dificuldades, foi realizado outro Chamamento Público utilizando a estratégia de se convidar membros engajados e os Agentes Comunitários de Saúde, que apresentam maior vínculo com a população, para divulgação. Isso resultou numa composição mais ampla e mais representativa considerando todos os grupos a serem atendidos pelas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É imprescindível o planejamento e desenvolvimento de estratégias de comunicação eficientes para que se atinjam públicos-alvo diversos e uma participação popular realmente representativa. Tais estratégias teriam possibilitado o andamento das atividades do Comitê Técnico de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, independente das intercorrências existentes.

REFERÊNCIAS

- (1) Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 5.250, de 19 de abril de 2016. Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais; 2016.
- (2) 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: Diário Oficial da União, 1990.
- (3) Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 7.610, de 21 de julho de 2021. Atualiza as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento e avaliação do incentivo financeiro de cofinanciamento da Política Estadual de Promoção da Saúde nos termos da Resolução SES/MG nº 5.250, de 19 de abril de 2016. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais; 2021.

DIREITOS HUMANOS, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ADVOCACY NAS FAVELAS CARIOCAS: “A GENTE FAZ O QUE DÁ!”

Renato Macie Dantas¹

Miriam Ventura da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O protagonismo de organizações e instituições comunitárias nas favelas se destacou enquanto articulação de estratégias em busca de garantir direitos humanos e os princípios da saúde coletiva durante a pandemia da COVID-19 que exacerbou as desigualdades sociais e outras vulnerabilidades existentes nas favelas brasileiras. Este estudo foi realizado durante o segundo ano da pandemia de COVID-19 e apresenta o relato e experiência de um grupo de gestores de organizações e instituições comunitárias com experiências em diversas frentes em busca da dignidade da vida humana, como, por exemplo, contra o racismo, contra a homofobia e o estigma do HIV/AIDS entre outras lutas. No município do Rio de Janeiro, a Rede de Comunidades Saudáveis (RCS) que é um expressivo movimento por saúde nas favelas cariocas, atuando na solução dos principais problemas e na conquista de direitos e bens sociais para as favelas. Fundamentados no cuidado e na solidariedade.

OBJETIVO

A pesquisa tem como objetivo compreender as experiências e práticas de participação social, mobilização política e estratégias de advocacy das organizações e grupos que integram uma rede chamada Rede de Comunidade Saudáveis (RCS) atuantes em favelas do município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória e qualitativa, que incluiu análise documental do material produzido pela RCS e entrevistas com representantes comunitários da RCS que atuaram no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Foram identificadas as iniciativas, ações e oportunidades presentes de mobilização política e planos de transformação da realidade das favelas de diferentes territórios do município do Rio de Janeiro. Realizou-se uma pesquisa qualitativa no biênio 2020-2021. Inicialmente, foram assistidas reuniões abertas da RCS e analisados materiais do CEDAPS e decretos municipais sobre a COVID-19. Nesse sentido, a pesquisa explora os conceitos com o intuito de compreender como eles são reconhecidos e articulados às estruturas dos direitos na promoção da saúde e prevenção da COVID-19, nos trabalhos dessas organizações(1). Foram conduzidas 15 entrevistas semiestruturadas com representantes de organizações da RCS. As entrevistas ocorreram virtualmente devido à pandemia, com gravação autorizada. A análise baseou-se na estrutura de advocacy de Carlisle, considerando reforma política e social, representação, desenvolvimento e ativismo comunitário(2).

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: renatomdantas@gmail.com

RESULTADOS

No trabalho feito pela RCS foram identificadas estratégias de advocacy utilizadas pela rede para interlocução com os poderes públicos, sobretudo com as instituições de saúde e justiça, na busca da efetividade dos direitos humanos e justiça social para grupos historicamente marginalizados e discriminados(3). Os entrevistados relatam que os movimentos sociais nas favelas surgem a partir de uma mobilização emocional, movida pela indignação e pela necessidade de transformação. Os líderes dessas organizações frequentemente enfrentam traumas pessoais ou eventos comunitários que os impulsionam a agir. As articulações realizadas pela RCS para o desenvolvimento da prática da advocacy em promoção da saúde podem ser identificadas em uma estrutura de advocacy que atua em quatro dimensões: reforma política e social; representação de grupos; desenvolvimento comunitário; e ativismo comunitário. Durante a pandemia de COVID19, a solidariedade nas favelas foi um pilar fundamental, com ações de auxílio mútuo, doações de alimentos, itens de higiene e informações sobre o vírus. A pandemia expôs falhas nos serviços de saúde, com muitos cidadãos enfrentando a falta de atendimento, incluindo os serviços de rotina da Atenção Básica. Diante disso, as lideranças locais recorreram a ferramentas como a Defensoria Pública para garantir acesso a serviços essenciais. A articulação entre as redes e organizações, como a RCS, fortaleceu a resposta comunitária, com parcerias como a CUFA. Além disso, as capacitações e o apoio de voluntários desempenharam papel crucial fornecendo educação e suporte durante tempos críticos. A integração dessas ações visou minimizar as carências locais e oferecer ferramentas para articular e impulsionar respostas rápidas para o enfrentamento da COVID-19.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise das experiências das organizações e iniciativas nas favelas do Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19 revelou a eficácia das redes de solidariedade e apoio mútuo como respostas organizadas à crise sanitária. A pesquisa destacou o papel crucial da advocacy, conforme articulado por movimentos sociais e a Rede de Cidadania e Solidariedade (RCS), na legitimação e implementação de soluções locais, além de garantir a participação das populações vulneráveis em decisões sobre saúde pública. Através de estratégias como encontros, distribuição de material educativo e articulação com atores políticos, foi possível ampliar a cobertura de serviços de saúde e promover uma efetiva mobilização em defesa de direitos. O estudo confirma que a atuação das organizações comunitárias não só mitigou os impactos da pandemia, mas também demonstrou a importância da advocacy como ferramenta transformadora na promoção da saúde e no fortalecimento da participação social democrática.

REFERÊNCIAS

- (1) Gruskin S, Tarantola D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. *In*: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde – Livro I. Curitiba: Juruá; 2012.
- (2) Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promot Int*. 2000;15(4):369-76.
- (3) Ventura M, Bastos LL, Simas L. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. Texto didático do curso Abordagens dos Direitos Humanos na Saúde. 3. ed. 2017.

EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM CASOS DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rodrigo Otavio Braz Bezerra de Miranda¹

Luis Guilherme Ribeiro da Silva

Luiz Sergio Zanini

Caio de Faria Maia

Ana Luiza Cury Guimarães Caó

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nas Unidades de Atenção Primária (UAP), apesar da limitação de recursos para atuação como unidade de emergência—visto que não é este seu objetivo—surtem, frequentemente, casos de urgência clínica, os quais dependem de uma identificação precoce para o seu devido encaminhamento a uma unidade especializada equipada para lidar com níveis de maior complexidade (1,2). O senso técnico impõe que este tipo de situação seja atendida em unidades de maior complexidade. Entretanto, o senso comum, que de fato guia o ideário da população adstrita aos cuidados da Atenção Primária à Saúde (APS), é permeado por princípios e atributos que visam sempre a aproximação entre as unidades de saúde e as comunidades, e, dessa forma, o reconhecimento deste ambiente de cuidado como aquele a ser procurado prioritariamente (1,3). Nesse sentido, levantou-se a hipótese da realização de rodas de conversa mensais com os agentes comunitários de saúde (ACS), para compartilhar conhecimento sobre estes casos de urgência, além de estimular sua prática em situações adversas, em que o tempo é a chave para reduzir a morbimortalidade desses indivíduos. Por meio disso, podemos priorizar aqueles pacientes de maior gravidade, garantindo o princípio de equidade na assistência à saúde (3).

OBJETIVO

Apresentar a vivência dos alunos na confecção de um projeto educativo com os ACS, que consiste em desenvolver as habilidades dos agentes no reconhecimento de situações de gravidade atreladas ao contexto da APS. Com isso, criar um espaço visando a construção de uma ferramenta educacional para o cotidiano do ACS com fins de ensino à comunidade, familiarizando a população com os sinais e sintomas atrelados a cenários de urgência, orientando prevenção, promoção de saúde e coordenação do cuidado.

METODOLOGIA

Percebendo essa falta de contato entre a equipe técnica e os ACS, aliada ao seu desejo de adquirir expertise, tanto do ponto de vista clínico, quanto do ponto de vista de metodologias ativas de construção conjunta de conhecimento, foram realizadas rodas de encontros teóricos com relatos de

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: rodrigo.miranda@edu.unirio.br

vivências cotidianas entre membros da equipe técnica e os agentes de saúde de diversas equipes em uma clínica da família (CF) no Rio de Janeiro para esse estreitamento de relações e troca de experiências, baseados em experiências reais vividas pelos alunos durante o estágio. A principal dificuldade enfrentada foi como simplificar ao máximo a discussão para que não se transformasse em uma aula expositiva, permitindo um maior engajamento de todos os presentes, sendo essa barreira superada através de um enfoque em suas dúvidas e vivências relacionadas aos tópicos abordados. Em meio a isso, foram debatidos temas no contexto de situações de urgência e emergência encontrados na APS, baseados na vivência e maior prevalência de casos experienciados pelos agentes na unidade, dentre os quais podemos destacar: dor torácica, “respiração descontrolada”, sinais de desidratação em crianças, iminência de eclâmpsia e principais sinais clínicos do acidente vascular encefálico (2). Um dos casos que inicialmente chamou a atenção, previamente à realização do projeto, foi de um adulto de 38 anos com quadro de angina típica de início súbito que, devido à demanda da unidade no momento, aguardou pelo atendimento por quase uma hora, ao passo que outros pacientes eram atendidos com demandas mais brandas, as quais poderiam ser vistas posteriormente, respeitando o princípio de equidade—e, inclusive, gerando oportunidades para os próprios agentes serem instrumentos auxiliares da equipe técnica na sua gestão de agenda. Ao entrar no consultório, foi diretamente encaminhado para a observação com uma alta suspeita de infarto agudo do miocárdio, devido à anamnese e achados eletrocardiográficos evidenciando supra de ST em parede anterior (4), sendo encaminhado para o nível terciário por vaga zero. Em contrapartida, após a discussão realizada com os ACS, houve uma situação de um paciente de 6 anos, que chega acompanhado da mãe, com um esforço respiratório associado a uma taquipneia, já com histórico de internação prévia por bronquiolite, sendo imediatamente levado para a observação, com o acionamento da equipe técnica. Após estabilização, a criança foi encaminhada para um serviço terciário devido ao risco de infecção do trato respiratório inferior (5). Logo, isso demonstra a importância e a diferença que pode ser feita no prognóstico dos pacientes ao se identificar precocemente casos de urgência/emergência, sempre ressaltando a isenção de culpa dos agentes de saúde, pois não é seu dever, ou obrigação profissional, a percepção desses tipos de sinais e sintomas, cabendo à equipe técnica avaliar e manejar da melhor forma cabível.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, conclui-se que este projeto viabilizou uma maior atenção para alguns casos vivenciados pelos agentes de saúde, esses que, embora inseridos em um quadro emergencial, se mostram presentes na realidade da CF—assim como em outras unidades. A ideia de gerar alguma familiaridade, com a premissa de agilizar o processo para a solicitação de uma vaga zero, foi compreendida pelos participantes, que pode ser percebida a partir do conteúdo das discussões e das reflexões que se seguiram, atrelados à possibilidade de multiplicação deste conhecimento, através de sua replicação na comunidade. Por fim, a continuidade do projeto com novos temas e multiplicação dos ensinamentos pode trazer um grande benefício ao sistema da atenção primária, bem como uma maior cooperatividade no ambiente interno das clínicas, através do estreitamento de relações das diferentes equipes e profissionais de saúde presentes na mesma unidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, Campos EMS, Mota PHS. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(suppl 2):e00099118. doi:10.1590/0102-311X00099118.
- (2) Lúcia NC, Silva NLC. Urgência e emergência na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2011.
- (3) Portela GZ. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2):255–276. doi:10.1590/S0103-73312017002000002.
- (4) Nicolau JC, Filho GSF, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(6):1003–44.
- (5) Nobre R, Sidou O, Müller H, De L, Torreão A, et al. Insuficiência respiratória aguda. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2017.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA

Edivania Gaia Valentin¹

Ludmila Espinoso da Silva

Amanda Gomes Gonçalves

Catherine Cordeiro Filetti

Joyce Mendes de Andrade

Sabrina Ayd Pereira José

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em 2022, o Instituto Nacional de Câncer estimou 704 mil casos de câncer por ano até 2025. As estimativas revelam que uma em cada seis mortes no mundo são atribuídas ao câncer. Apesar dos numerosos avanços tecnológicos e científicos, o câncer continua sendo uma ameaça global à saúde pública, demonstrando ser uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida mundial¹. Dessa forma, a Enfermagem tem um papel significativo nessa causa, atuando tanto nos cuidados direto aos pacientes quanto na promoção da educação em saúde. Nesse viés, tem-se a educação em saúde com a incorporação de tecnologias da informação e comunicação na saúde configurando uma ferramenta capaz de potencializar a promoção, a assistência e o cuidado à saúde. A partir disso, a extensão universitária atua como uma atividade interdisciplinar, educativa, cultural, científica e política que estabelece uma interação dinâmica e transformadora entre a universidade e outros setores da sociedade, formando profissionais com um perfil crítico reflexivo de acordo com o contexto em que estão inseridos(1-5).

OBJETIVO

Relatar a experiência de extensionistas graduandos de enfermagem vinculados ao projeto de extensão universitária “A Humanização do Cuidado de Enfermagem no Câncer de Mama nas Práticas de Saúde” utilizando ferramentas de comunicação em saúde em atividades presenciais e virtuais.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das atividades extensionistas presenciais e virtuais do projeto de extensão desenvolvidas desde o período do mês de abril de 2023 até março de 2025. Nas mídias sociais, as postagens foram baseadas nas datas comemorativas do calendário da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e nas ações presenciais foram criados folders educativos por meio da plataforma de design gráfico “Canva” acompanhados de dinâmicas de verdadeiro ou falso. Além disso, também houve a produção de adereços e decorações para a montagem do cenário onde ocorreram as ações presenciais.

1

E-mail: edivaniavalentina@gmail.com

RESULTADOS

As ações presenciais foram realizadas por meio de atividades de educação em saúde utilizando folders produzidos pelos extensionistas. A equipe foi organizada em grupos, com divisão de dias específicos para atuação na Instituição de Saúde Pública de Macaé-RJ. Mensalmente, foi escolhido um tipo de câncer para ser abordado, com atividades que incluem palestras informativas, distribuição de materiais educativos e conversa com os pacientes nas salas de espera. Em outubro, devido à relevância do Outubro Rosa, as atividades foram ampliadas, incluindo palestra para alunos do ensino médio em escola municipal de Macaé-RJ, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Cajueiros e participação na Semana Nacional de Ciência e Tecnologia, realizada na Cidade Universitária de Macaé-RJ. Durante este evento, os extensionistas montaram estandes com decorações interativas como uma estratégia de captar a atenção, promovendo atividades mais dinâmicas para o público. Em relação ao desempenho virtual, foram desenvolvidas 42 publicações para o Instagram do projeto, o @prooncoufrj, resultando em um total de 13.716 impressões e 9.199 contas alcançadas. Os acessos virtuais estão predominantemente concentrados nos municípios de Macaé (37,6%), Rio das Ostras (13,1%), Rio de Janeiro (9,2%) e São Paulo (3,1%). Quanto à distribuição por países, o Brasil foi o mais representativo, com 97,8% dos acessos, seguido por Portugal (0,9%), Estados Unidos (0,4%) e Itália (0,4%). No que se refere à faixa etária do público alcançado, observa-se que 44,1% têm entre 25 e 34 anos, 33,2% entre 18 e 24 anos, 15,7% entre 35 e 44 anos, e 3,1% entre 45 e 54 anos. Entre esse público, 11,9% são do sexo masculino e 88,1% do sexo feminino. Por fim, o perfil do projeto registrou 2.716 visualizações nos últimos 90 dias.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As práticas presenciais desenvolvidas pelos acadêmicos extensionistas em Macaé-RJ evidenciaram a importância da educação em saúde como uma estratégia eficaz para engajar a comunidade em relação à prevenção dos diferentes tipos de câncer. No que tange às atividades virtuais, o uso das redes sociais alcançou um público amplo que possivelmente poderia não ter sido contemplado por ações presenciais. A tecnologia permitiu à universidade estabelecer uma aproximação com pessoas de diferentes regiões. Dessa forma, as práticas realizadas mesmo que de maneira virtual, demonstraram eficácia, reforçando a responsabilidade social da universidade com a comunidade. Constatou-se que as ações, tanto presenciais quanto virtuais, geraram um interesse significativo por parte do público, culminando no sucesso das atividades extensionistas.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. Rev. Bras. Cancerol. 2023;69(1):e-213700. Disponível em: <https://bit.ly/3EFj43G>.
- (2) Organização Pan-Americana da Saúde. Washington DC: OPAS; 2023. Disponível em: <https://bit.ly/41hhhdP>.
- (3) Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Brasília, DF: COFEN; 2024. Disponível em: <https://bit.ly/4iT2QTG>.
- (4) Melo LCN, Silva BM, Nitschke RG, Viegas SMF. Redes sociais virtuais e tecnologias em saúde no cotidiano de usuários e famílias: cuidado e promoção da saúde. Ciênc saúde colet. 2023;28(8):2193–202.
- (5) Silva ALB, Sousa SC, Chaves SGC, Andrade TM. Importância da extensão universitária na formação profissional: Projeto Canudos. Rev enferm UFPE. 2019;13:e241289.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS IDOSAS POR MEIO DA LITERATURA E DE OUTRAS EXPRESSÕES ARTÍSTICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Hanna dos Anjos Gomes¹

Ana Victoria Santos dos Reis

Daniely Alves de Oliveira

Emerson Raí Araújo Azevedo

João Pedro Gomes da Conceição Oliva

Marcos Vinicius Lobo Milhor

Maria Rita Fernandes

Iêda Maria Barbosa Aleluia

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A educação em saúde é uma ferramenta importante na promoção do envelhecimento saudável, pois vai além da transmissão de informações, sendo dialógica e participativa, ao valorizar saberes populares, histórias de vida e contextos culturais. Essa abordagem fortalece a autonomia, a participação social e a qualidade de vida, empoderando os idosos para transformarem suas realidades[1, 2].

Nesse contexto, a literatura e outras expressões artísticas promovem reflexão, sensibilização e interação social. Atividades que utilizam essas ferramentas permitem aos idosos compartilhar experiências, fortalecer vínculos sociais e ressignificar suas vivências, contribuindo para uma trajetória de envelhecimento mais ativa e significativa[3].

O projeto de extensão “Cuidados em saúde da pessoa idosa com foco em prevenção de agravos por doenças comuns a essa faixa etária por meio de literatura e outras expressões artísticas” foi desenvolvido, nessa perspectiva, por discentes de Medicina do 5º, 6º e 7º semestre da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). A atividade foi realizada na Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), um programa vinculado à Pró-Reitoria de Extensão (Proex) da UNEB, que atende pessoas de 60 anos ou mais, prioritariamente de camadas populares, promovendo ações educativas, culturais e artísticas que incentivam o envelhecimento ativo.

OBJETIVO

O projeto teve como objetivo principal utilizar a literatura e outras expressões artísticas para explicar processos fisiopatológicos, prevenção e tratamento de doenças recorrentes em idades avançadas e, assim, promover educação em saúde, integrando o saber acadêmico ao saber popular dos idosos.

1 Universidade do Estado da Bahia (UNEB). E-mail: contatohannagomes@gmail.com

Este relato de experiência tem como objetivo descrever o desenvolvimento do projeto, os resultados alcançados e os impactos percebidos nos participantes e nos discentes envolvidos nas atividades.

METODOLOGIA

O projeto contou com a participação de sete discentes do curso de Medicina da UNEB, previamente selecionados, além da orientadora, docente doutora em Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana. A seleção dos temas ocorreu em conjunto entre os alunos elaboradores do projeto e professora, considerando doenças prevalentes em faixas etárias avançadas. Os temas escolhidos incluíram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença de Alzheimer, Osteoporose, Diabetes, Câncer de Mama e de Próstata e Gastrite. Esses temas foram validados pelos idosos e alguns foram alterados para melhor atender à demanda dos participantes. Posteriormente, eles foram divididos entre os sete discentes, de modo que cada um ficou responsável por dois ou mais temas.

O discente encarregado por determinado tema foi responsável pela elaboração e montagem dos materiais, com orientação da docente e concordância dos demais envolvidos. O processo incluiu pesquisa, organização das apresentações e criação de explicações didáticas. Foram selecionadas poesias, crônicas, vídeos e tiras que ilustravam os temas de forma atrativa e didática.

As atividades ocorreram semanalmente, às quintas-feiras, com sessões de 90 minutos. Participaram cerca de 20 alunos da UATI, os discentes da UNEB e a professora orientadora. Durante as aulas, o discente responsável pelo tema realizava a apresentação inicial do material. Após isso, eram feitas explicações didáticas e ilustrativas sobre a fisiopatologia da doença, os sinais, sintomas, prevenção e tratamento, reforçando a importância de bons hábitos e adesão às práticas de saúde. Também era aberto um espaço para os demais discentes contribuírem, para a docente orientadora fazer ponderações e para os alunos da UATI partilharem suas impressões sobre as obras literárias e audiovisuais, discutirem o que identificavam no processo saúde-doença, seus conhecimentos e experiências pessoais, além de sanarem dúvidas em um ambiente livre e acolhedor.

A participação ativa dos idosos foi um dos destaques. Eles compartilharam experiências, fizeram questionamentos e contribuíram com saberes formais e populares, enriquecendo as discussões. O empenho dos alunos da UNEB foi evidente, desde a preparação dos materiais até a condução das atividades de forma lúdica, empática e didática.

A troca de conhecimentos entre os grupos foi extremamente enriquecedora. Os discentes adquiriram competências como comunicação efetiva, respeito à diversidade e sensibilização para as necessidades da terceira idade. Os idosos, por sua vez, ampliaram seus conhecimentos em saúde, lembraram conteúdos de aulas anteriores, relataram melhorias nos hábitos de vida e mencionaram compartilhar o aprendizado com amigos e familiares.

No encerramento do projeto houve uma sessão especial de celebração, em que os alunos da UATI

e os participantes do projeto compartilharam suas experiências, realizaram dinâmicas e participaram de momentos de música e dança. Essa culminância reforçou os laços criados durante o projeto.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto foi uma experiência enriquecedora para todos os envolvidos. Para os idosos, a atividade promoveu maior compreensão sobre temas de saúde, incentivou o autocuidado e fortaleceu o sentimento de pertencimento e cidadania. Para os discentes da UNEB, foi uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, aprimorando a condução de apresentações e formando um olhar mais humanizado, atento às necessidades individuais e singularidades do envelhecimento. Essa vivência fortaleceu competências essenciais no relacionamento médico-paciente, rompendo com o modelo biomédico ao integrar o conhecimento científico e a perspectiva do paciente, o que pode promover, futuramente, uma prática clínica mais humanizada.

A experiência evidenciou a extensão universitária como um meio eficaz de integrar academia e comunidade, promovendo conhecimento, inclusão e bem-estar. Essa abordagem pode inspirar outras iniciativas que unam educação em saúde e cultura como ferramentas de transformação social.

REFERÊNCIAS

- [1] Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*. 2015;39(105). Doi: 10.1590/0103-110420151050002015.
- [2] Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Cienc Saude Colet*. 2015. Doi: 10.1590/1413-81232015206.02382014.
- [3] Sá LD, Palha PF, Villa TCS. A literatura em saúde pública: o ensino de um “novo olhar” sobre o processo saúde-doença. *Rev Lat Am Enferm*. 1998. Doi: 10.1590/s0104-11691998000300007.

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FOMENTAR EL CONOCIMIENTO Y BUENAS PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE DENGUE EN ESCOLARES DE BARRANQUILLA-COLOMBIA.

Yisella Rosania Acuña¹

Yisel Pinillos

Paula Pareja-Loaiza

INTRODUCCIÓN

En Colombia el dengue es considerado un grave problema de salud pública, es una enfermedad viral y su vector principal es el mosquito *Aedes aegypti* responsable de la transmisión de los cuatro serotipos del virus DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4 (1). La incidencia del dengue ha aumentado en los últimos años pasando de 6.601 casos en el 2023 a 20.640 para el 2024 y 19.556 tan solo en el primer periodo epidemiológico del 2025, esta enfermedad afecta especialmente a la población infantil siendo los grupos atareos de 5 a 9 años y 10 a 14 los más afectados. Puntualmente el departamento del Atlántico aportó 1.410 casos de dengue del total registrados en el territorio nacional durante el presente año. lo anterior resalta la necesidad de fortalecer las medidas de prevención y control del dengue en el departamento del Atlántico (2). Algunos estudios indican que los conocimientos, actitudes y prácticas de la población sobre el dengue son determinantes clave en la transmisión de esta enfermedad, por lo tanto, las escuelas son espacios estratégicos para la educación sanitaria, ya que la población infantil es un grupo receptivo al conocimiento, dispuesto a aprender y a replicar e influenciar en su grupo familiar la modificación de conductas no adecuadas que contribuyen a la presencia factor de riesgo de dengue en su entorno (3).

OBJETIVO

Analizar los efectos de una intervención educativa para fomentar el conocimiento, las actitudes y las practicas relacionadas con la prevención del dengue en escolares en Barranquilla Colombia durante el segundo semestre de 2024.

METODOLOGÍA

El presente estudio es un ensayo de campo con enfoque cuantitativo, cuasiexperimental, en el cual se evaluó el impacto de una intervención educativa a través de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre el dengue la cual se aplicó antes (pre-test) y después (post-test) de la intervención. El instrumento tipo selección múltiple, involucró aspectos clave del virus, forma de transmisión, el vector, hábitos de éste y medidas de control individuales y comunitarias. La

1 Universidad Simón Bolívar. E-mail: yisella.rosania@unisimon.edu.co

intervención educativa aplicada durante un mes a estudiantes entre 9 y 12 años se tituló “*Los Héroes de la Cuadra*” y consistió en un material conformado por tres cuentos y actividades interactivas diseñadas para promover buenas prácticas en la prevención del dengue, fomentando el aprendizaje y la adopción de comportamientos preventivos entre los escolares.

RESULTADOS

Se observó para las preguntas de conocimiento sobre el vector y transmisión del dengue un aumento del 20.17% evidenciándose una mayor comprensión de la enfermedad, en cuanto a las preguntas relacionadas con las actitudes frente al dengue se evidenció en los estudiantes un aumento del 8.46%, indicando mejor receptividad y disposición sobre la enfermedad y su vector con respecto a lo observado antes de la intervención y en lo que respecta a las preguntas sobre las prácticas es de resaltar un aumento moderado del 3.86% en las respuestas correctas antes y después de la intervención, lo que deja en evidencia la dificultad a la que se enfrentan los estudiantes para poner en práctica sus conocimientos.

CONSIDERACIONES

Estos hallazgos resaltan la importancia de promover investigaciones de esta índole en otras escuelas del departamento del Atlántico con el fin de contribuir al manejo y control del dengue en la comunidad tanto en el ámbito escolar como fuera de este, entendiendo el rol de los escolares dentro de la familia como entes replicadores.

REFERENCIAS

- (1) Kularatne SA, Dalugama C. Dengue infection: Global importance, immunopathology and management. *Clinical Medicine*. 2022 Jan 1;22(1):9–13.
- (2) Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Periodo Epidemiológico I de 2025 Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE%20PE%20I%202025.pdf>
- (3) Torres JL, Ordonez JG, Vazquez-Martinez MG. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue en las escuelas primarias de Tapachula, Chiapas, México. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(3):214-218.

EL OBSERVATORIO DE CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES (OCSA) DE QUEBRADA Y PUNA DE JUJUY, ARGENTINA. UNA EXPERIENCIA COLECTIVA EN TORNO A CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES

Choquevilca Sara¹

Dassen Rosario

Ferrer Silvia

Karamanian María José

Sajama Débora

Vilte Laura Beatriz

INTRODUCCIÓN

Los observatorios suelen configurarse a partir de problemáticas significativas que atraviesan los territorios, demandando información y saberes que permitan el abordaje de la complejidad que esas problemáticas implican para promover la reflexión, las respuestas a las mismas y la facilitación de las herramientas necesarias para la consulta de los colectivos y movimientos ambientales, entre otros.

El OCSA, creado en 2019 mediante una resolución de Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL-UBA) e impulsado desde el Centro Universitario Tilcara (CUT) – su sede en la provincia de Jujuy, Argentina- surge a partir de la iniciativa de integrantes de organizaciones comunitarias, comunidades indígenas, profesionales y vecinxs preocupadxs por las problemáticas ambientales, en particular frente al avance de la minería en la región.

Los conflictos ambientales se abordaron entonces como “disputas de carácter social y político en torno a la apropiación, producción, distribución y gestión de los recursos naturales. Son eventos que ponen en cuestión las relaciones de poder que implica el uso preferencial que hacen algunos actores de esos recursos a expensas de otros.” (1). Como sostiene el mismo equipo: “los conflictos son además analiza dores sociales, es decir, momentos sociales en los que se producen argumentos y se reclaman acciones a los poderes públicos para proteger bienes comunes, ecosistemas y para prevenir daños a la salud. La manifestación pública de un conflicto instala un nuevo problema en el espacio público iniciando un debate que habilita ampliaciones de derechos, construcción de nuevos imaginarios sobre el espacio, reflexiones sobre la justicia social y los modos de buen vivir” (2).

OBJETIVO

Dar visibilidad a los problemas y conflictos socioambientales de la Quebrada de Humahuaca y Puna jujeña, dos zonas históricamente vinculadas desde aspectos sociales, económicos y ambientales.

1 Universidad de Buenos Aires. E-mail: bsilviaferrer@gmail.com

METODOLOGÍA

Se trabaja desde su creación en el relevamiento de problemas y conflictos socioambientales entre enero de 2014 a la actualidad. Se partió de la búsqueda de información en medios digitales y redes sociales, denuncias judiciales y documentos emitidos desde organizaciones comunitarias. La información obtenida fue organizada a partir de problemas ejes: Minería, agua para consumo y riego, basurales, agrotóxicos, territorio, energías alternativas, incendios y políticos-jurídicos, con un abordaje transversal desde la salud colectiva y la cosmovisión sobre el territorio expresadas por las comunidades.

RESULTADOS

La mayoría de los problemas ambientales relevados, remiten a la profundización de un modelo de capitalismo extractivo e indiferente a los derechos de las poblaciones, en particular sobre la Salud, el acceso al Territorio y la consulta y legislación de los pueblos indígenas de la zona. El AGUA se constituye como el problema recurrente y transversal a gran parte de los reclamos realizados, por su escasez, contaminación y accesibilidad, siendo las comunidades indígenas las que se identifican como las grandes protagonistas de esto.

El primer informe obtuvo una gran repercusión, fue compartido por medios de comunicación alternativos y permitió el acercamiento con comunidades indígenas que no participaban del OCSA, así como de otros espacios comprometidos con problemáticas ambientales de Jujuy y otras provincias, logrando una ampliación en la red de relaciones con las que se venía trabajando.

Se continuó profundizando en la información relevada, produciendo actividades virtuales a través del canal de YouTube de la FFyL-UBA, con acceso público al Primer Informe en la página web oficial del CUT (<http://tilcara.filo.uba.ar/observatorio-de-conflictos-socioambientales-de-quebrada-y-puna-de-jujuy>) y generando un perfil de facebook “Observatorio Quebrada y Puna-Jujuy” donde se puede acceder a todas las actividades mencionadas (<https://www.facebook.com/observatorioquebradaypuna/>).

CONSIDERACIONES

Destacamos la importancia que implica abordar estos conflictos desde una multiplicidad de miradas donde se entrecruzan muchas realidades.

Los actuales encuentros de trabajo dieron cuenta de nuevos escenarios de conflictos analizados en el Primer Informe. Esta novedad se dio a partir de la clara decisión, avance y profundización de un modelo extractivista minero en las políticas nacional y provincial, particularmente en torno al litio y los metales pesados en la zona de Quebrada y Puna de Jujuy a partir de investidas jurídico-políticas como reformas constitucionales provinciales y nacionales acorde a intereses extractivos.

Las relaciones de poder en torno a los procesos de apropiación de bienes comunes, se evidenciaron a partir de acciones sistemáticas de gran envergadura, concesión de licencias, presencia de

empresas multinacionales, un categórico discurso de legitimación en relación a la Minería en particular y en temas del control del Territorio en general.

Al continuar abordando con la misma metodología el relevamiento de conflictos fue necesario indagar con mayor foco en redes sociales, medios/ portales alternativos y documentos de circulación más comunitarios, acciones judiciales, entre otros, ya que los medios de comunicación hegemónicos centralizaron su cobertura más en hechos de “progreso y desarrollo” llevados a cabo por el gobierno provincial.

También se identificó un aumento en medidas políticas punitivas hacia referentes de organizaciones comunitarias e indígenas a través de la aplicación del Código Contravencional que penaliza la protesta social generando una gran desmovilización al intentar expresar los reclamos frente a la sociedad por parte de poblaciones afectadas. Este factor sin duda influye en las expresiones locales y en la mediatización de muchas de ellas, ocasionándonos un subregistro de zonas en conflicto o con preocupación por parte de sus habitantes.

También es de destacar las configuraciones organizacionales frente a los problemas y conflictos ambientales que asume la comunidad y las herramientas con las que van haciendo frente a estos.

Actualmente está en proceso el Segundo Informe 2020-2024, y seguimos.

REFERENCIAS

- (1) Merlinsky MG. La productividad de los conflictos ambientales y su aporte para la innovación social. Agrociencia Uruguay. 1 jul 2020.
- (2) Merlinsky MG *et al.* Defender lo común: qué podemos aprender de los conflictos ambientales. Buenos Aires: UBA; 2018.

ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL INFORMATIVO ACERCA DO DESCARTE CORRETO DE MEDICAMENTOS

Brenda Barbosa dos Santos¹

Taynah da Silva Pinheiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O descarte inadequado de medicamentos é uma questão que impacta diretamente a saúde humana, animal e ambiental, visto que pode levar a uma poluição química e resultando em uma contaminação dos ecossistemas e danos à saúde pública (Medeiros *et al.*, 2020).

A abordagem do descarte de medicamentos especificamente só foi levada em pauta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/2004 (1), estabelecendo a criação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e detalhando práticas específicas para o manejo de resíduos farmacêuticos e cosméticos. Em 2010 foi implementada a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) através da Lei nº 12.305/2010 e definiu o sistema de logística reversa. Com isso, somente em 2020, foi instituído o Decreto nº 10.388/2020 (2) que determina o sistema de logística reversa de medicamentos.

No entanto, Pinto *et al.* (2014) discorre que a ausência de campanhas explicativas sobre o tema em questão acaba induzindo o descarte incorreto de medicamentos. Portanto, o estudo visa elaborar detalhar o desenvolvimento de um material informativo sobre o descarte correto de medicamentos, que é uma proposta de levar educação em saúde de forma democrática, estimulando o protagonismo da população.

OBJETIVO

Descrever o processo de elaboração de material educativo sobre descarte correto de medicamentos.

METODOLOGIA

Para a elaboração do material informativo, foi realizado um mapeamento dos locais disponíveis para o descarte de medicamentos vencidos ou em desuso no município de Seropédica- RJ. Esse levantamento foi embasado nas informações disponibilizadas pelo site oficial do programa setorial do Sistema de Logística Reversa de Medicamentos Domiciliares de Uso Humano, vencidos ou em desuso, e suas embalagens–LogMed.

Com base nessas informações, foi desenvolvido um panfleto educativo, por meio da plataforma Canva, com linguagem acessível e visual atrativo, que visa orientar a população sobre a importância

1 Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: brwndabs@ufrj.br

do descarte consciente de medicamentos e indicar, de forma clara, um ponto fixo e seguro para essa finalidade em Seropédica.

Conforme Rocha (2022), a cor verde está associada à saúde, bem-estar e equilíbrio. Dessa forma, a paleta de cores do panfleto foi escolhida estrategicamente, adotando o verde como cor predominante. O material segue uma linguagem clara e objetiva, com informações gerais sobre os impactos do descarte inadequado, além de um QR Code que encaminha ao sítio eletrônico do LogMed para que o participante possa verificar os possíveis pontos de descarte próximos ao local de moradia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O material educativo descrito neste estudo compõe uma etapa do trabalho que visa analisar o perfil de descarte de medicamentos dos moradores de Seropédica–RJ através de entrevistas. Ao final de cada entrevista, o panfleto elaborado será entregue ao participante voluntário.

A elaboração do material foi de suma importância pois discorre de forma objetiva a importância do descarte correto e propõe um local seguro para tal prática. Espera-se que essa ação educacional colabore para a conscientização da população, além de reforçar o compromisso com a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA; 2004.
- [2] Brasil. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil; 2010.

“ELES ACABAM INGERINDO AS COISAS QUE SÃO MAIS BARATAS”: A RELAÇÃO ENTRE ACESSO À ALIMENTAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vitória França Rodrigues¹

Bárbara Galvão Knust

Ana Laura Brandão

Mayara Magalhães

Juliana Pereira Casemiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável é um elemento estruturante do cuidado às pessoas com obesidade. Ações focadas unicamente no indivíduo e na alteração do peso corporal têm se mostrado culpabilizadas, estigmatizadoras e pouco eficazes. O contexto e as condições de vida, sobretudo em território vulnerabilizados, precisam ser considerados para a realização de ações verdadeiramente comprometidas com a saúde das pessoas com obesidade.

Tomar a análise do ambiente alimentar como referência pode expressar uma relação menos combativa à doença ou ao sujeito, visto que serão analisados fatores do macro ambiente, ambiente físico, social e individual (1). Entende-se que o ambiente alimentar de uma comunidade é expressa pela disponibilidade e pela presença, tipo e dinâmica de funcionamento de estabelecimentos que comercializam alimentos em determinada localidade (2).

No estado do Rio de Janeiro, cerca de 65,2% da população adulta (maior de 18 anos) apresenta excesso de peso ou obesidade e apenas 38,1% da mesma população consome frutas e hortaliças regularmente (3), ao passo que no município do Rio de Janeiro cerca de 33% da população convive com algum grau de insegurança alimentar e desses, aproximadamente 500 mil pessoas convivem com a insegurança alimentar grave (4).

OBJETIVO

Analisar, sob a ótica de profissionais e usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro, interferências do ambiente alimentar nas possibilidades de (auto) cuidado de pessoas com obesidade.

METODOLOGIA

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 09 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 11 profissionais de nível superior e 08 usuários de uma Unidade de Saúde da Família do município do

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: cadapratoconta@gmail.com

Rio de Janeiro. As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo “método de interpretação de sentidos” que consiste em três etapas: leitura compreensiva do material selecionado, exploração do material e elaboração de síntese interpretativa. A análise foi orientada pela seguinte questão: de que forma o ambiente alimentar interfere nas possibilidades de (auto) cuidado de pessoas com obesidade? O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ (Parecer nº 3.712.789) e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Pareceres nº 3.784.409 e nº 3.981.992).

RESULTADOS

A influência do ambiente alimentar se apresenta de forma explícita na fala dos usuários, onde trazem as dificuldades em encontrar comidas saudáveis de forma acessível no território: “Tem muitas coisas que influenciam quando você mora em um lugar desse—que às vezes as pessoas nem imaginam. E aí eu tinha que comprar uma coisinha ali, uma coisinha ali, às vezes uma besteira.” (usuário 01)

A auto responsabilização e culpa aparecem nas falas, sobretudo dos ACS que, como moradores do território estão sob situação similar a dos usuários, contudo assumem papel de quem deveria dar o exemplo. Acreditam que exclusivamente por suas escolhas desenvolveram obesidade, embora identifiquem condições no território e na rotina de trabalho que dificultam a manutenção de uma alimentação saudável e o acesso à atividade física. Nesta UBS existia oferta de atividade física para os usuários, mas a falta de tempo e segurança impedia a participação.

Sob este aspecto cabe salientar a necessidade de ampliar espaços e estratégias nas UBS para as reflexões sobre ambiente alimentar e promoção de atividade física nos territórios—como vem sendo orientado em documentos oficiais.

A ansiedade e o estresse foram aspectos recorrentes e, em muitos momentos, associados ao consumo excessivo de alimentação e a culpa. Este aspecto foi comum nas falas de usuários, ACS e profissionais de nível superior, explicitando os nexos entre as questões de saúde mental, alimentação e prevalência de obesidade.

No que tange a fala de profissionais de nível superior, observa-se que a prescrição dietética é associada à necessidade de adequação à situação socioeconômica dos usuários, com ênfase nas dificuldades de acesso físico e/ou financeiro ao alimento: “Tão conseguindo ver que os alimentos in natura é o que é mais saudável mesmo, e tem acesso a isso, mas há barreira socioeconômica [...]” (Profissional 01).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Através das percepções de trabalhadores e usuários, de forma geral, é possível identificar que fatores como a falta de acesso a alimentos saudáveis, a falta de tempo para se dedicar à alimentação e a atividades físicas impactam diretamente as escolhas alimentares e nas dificuldades relacionadas

ao (auto) cuidado das pessoas com obesidade. Políticas públicas que ampliem as oportunidades de acesso a alimentos *in natura* e minimamente processados a preços acessíveis são oportunas, urgentes e necessárias.

REFERÊNCIAS

- (1) Story M *et al.* Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29(1):253–72.
- (2) Mendes LL. Alimentação Alimentar: Saúde e Nutrição. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2021.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
- (4) I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro (Mapa da Fome da Cidade do Rio de Janeiro). Frente Parlamentar de Combate à Fome da Câmara Municipal do Rio de Janeiro e Instituto de Nutrição Josué de Castro (UFRJ). Rio de Janeiro; 2024.

ENTOMOFAVELA: VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA POPULAR EM FAVELAS DA MARÉ CONTRA O Aedes Aegypti, SOB A ÓTICA DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E RACISMO AMBIENTAL

Marcia de Freitas Lenzi¹

Ademir Martins

José Bento Lima

Vincent Corbel

Gabriel Carvalho

Gabriela Azevedo de Aguiar

Elizabeth Gonçalves

Luiz C. Costa

Marcela Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esse trabalho é resultado de um projeto de vigilância entomológica popular no Complexo de Favelas da Maré, bairro com aproximadamente 140.000 habitantes(1), que visa mapear a distribuição dos mosquitos *Aedes* e identificar os locais de concentração desses mosquitos para o planejamento do controle desse vetor, considerando os dados da vigilância. É importante salientar o caráter inovador desse projeto, uma vez que, em 40 anos de epidemias de dengue em áreas urbanas (além das de chikungunya e zika, menos prevalentes), nenhum programa de controle vetorial foi desenvolvido pensando áreas de favelas e suas especificidades (áreas de maior concentração populacional, geografia, determinantes ambientais, tipos de ruas, além dos dados de saneamento básico). Considerando que o Rio de Janeiro apresenta, segundo o Censo 2022, aproximadamente 1.5 milhões de habitantes distribuídos heterogeneamente em 1.074 favelas e comunidades urbanas (20% da população da cidade)(2), e que essas áreas apesar de pertencerem à cidade não têm os mesmos serviços e direitos que as urbanizadas, pensar um programa de controle de arboviroses para esses territórios já se fez para lá de urgente. O projeto está, e com base nos resultados já obtidos desde junho/24, promovendo ações de divulgação científica para informar os dados e os riscos ambientais mapeados, e como eles influenciam a reprodução do vetor.

OBJETIVO

Relacionar a presença e a concentração do *Aedes aegypti* aos dados de temperatura, humidade e pluviosidade através de técnicas de geoprocessamento, construir um mapa que permita a visualização das ilhas de calor (locais de maior densidade vetorial) e riscos ambientais para divulgação e discussão com organizações sociais locais, associação de moradores, unidades de saúde e escolas das áreas trabalhadas pelo projeto, sob a ótica das mudanças climáticas e racismo ambiental.

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: marcia.lenzi@fiocruz.br

METODOLOGIA

Três favelas de maior concentração populacional foram selecionadas para o desenvolvimento da vigilância entomológica com base na geração cidadã de dados da Maré(3). A segunda etapa foi escolher três jovens moradores das áreas selecionadas para serem treinados em vigilância e análise laboratorial. Através de análise geoespacial, definiu-se a amostra de domicílios em cada favela, para receber uma armadilha para captura de ovos de mosquito. O projeto foi explicado aos moradores pelos agentes, e as casas só foram definidas a partir do aceite e assinatura de termo de consentimento. O total calculado foi de 30 domicílios por área, com distância média de 150 m entre eles. As armadilhas são colocadas dentro das casas e recolhidas após 07 dias. Um formulário foi desenhado e analisado pela equipe de Educação e Comunicação do projeto com dados entomológicos, da casa, do morador, das condições ambientais próximas e informações sobre o saneamento básico na rua, preenchido pelos agentes que acompanham e registram qualquer mudança durante o trabalho. O material biológico é levado para o Laboratório de Referência do Instituto Oswaldo Cruz pelos agentes que contam e classificam os ovos.

RESULTADOS

Observou-se que um alto número de ovos de *Aedes* nem sempre está relacionado às áreas de maior risco ambiental (concentração de resíduo sólidos, alagamentos, terrenos baldios, etc.) porém essas áreas podem ter uma alta densidade de mosquitos a qualquer momento, por oferecerem as condições ideais para a sua reprodução;

A Maré se pronunciou a favor da construção de folhetos explicativos para o controle de focos domiciliares adaptados à realidade da favela, com suas expressões e criadouros específicos, como baldes que aparam a água que pinga do ar-condicionado e piscinas plásticas, diferentes das que compõem as mensagens que contemplam a realidade de áreas urbanizadas. O jargão “esponja, água e sabão é a solução” foi construído para acompanhar uma ilustração feita pela comunidade, enfatizando a necessidade do cuidado com alguns vasilhames e mostrando o tamanho e a resistência dos ovos de *Aedes* ao período de seca, e como é seu desenvolvimento até chegar à forma adulta.

Discutiu-se a culpabilização da população de favela pela existência de tantos focos de mosquito, enfocando a tênue fronteira entre as casas e a rua, local de socialização e extensão da vida privada, mas que é de responsabilidade do Estado, sempre ausente. Essa situação desmotiva bastante o controle domiciliar.

Os resultados entomológicos estão sendo divulgados nas comunidades para serem discutidos e relacionadas aos determinantes ambientais, com instituições públicas e locais. Muitas escolas e igrejas estão localizadas em áreas de alto risco e apresentam positividade constante. Um alerta para que as ações de informação e comunicação sejam intensificadas, principalmente em parceria com a população jovem dos territórios e as organizações sociais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O combate às arboviroses é uma demanda antiga da Maré que inspirou a construção do projeto, aprovado pelo Edital do FioPromos Inova, da Fundação Oswaldo Cruz. A vigilância popular é de grande importância para o estabelecimento de uma relação de confiança entre equipe e população, que abraçou o projeto. Também por serem moradores, conhecem o território permitindo assim, a circulação em grande parte dele. A violência é uma questão que precisa ser colocada como um problema para qualquer metodologia de pesquisa de campo. Tivemos que adaptar os prazos entre instalação e coleta de armadilhas durante a ocorrência de 45 conflitos armados, até então. Algumas se perderam. O projeto vem se constituindo em uma possível metodologia que poderá ser aplicada em outras áreas de favelas e comunidades urbanas, desenvolvendo assim um controle equitativo de um mosquito que já causou muitas mortes e sequelas em nosso país, principalmente em populações negras e periféricas.

REFERÊNCIAS

- (1) Redes da Maré. Censo Populacional da Maré. Rio de Janeiro; 2019.
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
- (3) Observatório de Favelas; Redes da Maré. Guia de Ruas da Maré. Rio de Janeiro; 2017.

ESCUELAS ABIERTAS DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA (TEMUCO, CHILE): CO-CONSTRUCCIÓN POPULAR E INTERCULTURAL EN SALUD Y BIENESTAR

Marcela Castro Garrido¹

Nelson Reyes Sanzana

Noelia Garrido Riquelme

Lisette Urrutia Álvarez

Ayin Cayumil

Anahi Beltran

Catalina Cid

Rocio Ferrada

Ana María Alarcón Muñoz

INTRODUCCIÓN

Las Escuelas Abiertas de Salud Pública (EASP) se co-organizan desde el año 2014 al seno del Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera en conjunto con organizaciones sociales como la Casita de Salud, estudiantes de pregrado (medicina, enfermería, obstetricia) y trabajadores sindicalizados de la salud pública. La instancia pedagógica vinculante, se crea con los objetivos de democratizar los espacios de aprendizaje, acercar la universidad a la comunidad y promover un enfoque colectivo del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados, cuyo centro sean las personas culturalmente diversas.

La participación activa y responsable del equipo organizador, permite que cada año se aborde una temática diferente en función de las miradas políticas, sanitarias, culturales, de género y clase, que caracterizan una co-construcción de instancias participativas. Promoviendo, además, una perspectiva de la salud pública y colectiva vinculada a la Determinación Social de la Salud y los diversos Sistemas Médicos que co-existen en el territorio y país.

Las temáticas trabajadas, nos invitan a pensar en un modelo de salud, y su sistema de atención-cuidados, que considere las múltiples miradas que co-existen respecto a la medicina, releva la participación de los pueblos y trabajadores, en la formulación de políticas sanitarias, problematizando así, la mirada hegemónica de la Biomedicina (1).

OBJETIVO

Socializar una experiencia de co-construcción popular e intercultural en salud y bienestar, que se desarrolla desde el año 2014 en una universidad pública de la región de La Araucanía, Chile.

1 Universidad de La Frontera. E-mail: marcela.castro@ufrontera.cl

METODOLOGÍA

Las Escuelas anualmente se diseñan, a través de una mesa coordinadora que es co-convocada por académicas del Depto. de Salud Pública y Casita de Salud. Posteriormente se invita a otras entidades en función de las temáticas que se acuerden trabajar, creando contenidos e invitando a expositores y talleristas nacionales e internacionales; se envía una convocatoria universal para presentación de trabajos o talleres libres; se crea un comité de revisión; configuran mesas de trabajo y se inicia la difusión del programa a través de múltiples estrategias populares a tales como gigantografías en espacios públicos, participación en programas radiales, medios de comunicación local y nacional, redes sociales y correos masivos.

Durante los días de duración de la Escuela en dependencias de la Universidad, se desarrolla también una Feria de mujeres indígenas productoras y se exhiben fotografías o documentales, en función de la temática y material visual disponible.

RESULTADOS

A partir del trabajo de la mesa coordinadora, se han podido generar Escuelas Abiertas en temáticas como:

- a) participación de las/os trabajadores de la salud y organizaciones sociales en la atención primaria en salud
- b) sindicalismos y trabajadores de la salud
- c) lucha popular, sanitaria y medioambiental en salud
- d) la epistemología de los pueblos originarios respecto al proceso salud-enfermedad-atención-cuidados
- c) la incidencia de la naturaleza en la salud de las personas
- d) las condiciones de género que determinan brechas en los sistemas de salud
- e) el impacto sanitario del modelo extractivista
- f) los principios constitucionales (Chile) en temas de salud y bienestar
- g) la democracia en tiempos de pandemia COVID-19
- h) el bienestar y salud en tiempos de crisis
- i) 100 años de las políticas sociales y sanitarias en Chile

El estudio y trabajo colectivo de aquellas temáticas han permitido democratizar la universidad y co-pensar un paradigma en salud-enfermedad-atención-cuidado que considere la perspectiva del buen vivir que reproducen pueblos indígenas, como el Mapuche; releve la participación popular, gremial, estudiantil e indígena en espacios académicos; y problematizando la hegemonía biológica, mercantil (1), patriarcal, racial, extractivista y colonial de la Biomedicina (2). Aquella perspectiva, ha

permitido avanzar en espacios intersectoriales que democratizan y transforman la formación biomédica en salud-enfermedad e invitan a pensar los sistemas de atención en salud desde una perspectiva pública, colectiva e intercultural.

CONSIDERACIONES

La co-construcción de espacios colectivos de aprendizaje ha permitido entender que existe por parte de académicas, estudiantes de pregrado y organizaciones populares, un interés creciente por potenciar los diálogos de saberes con la medicina indígena-Mapuche, conocimientos populares y las Ciencias Sociales, transformando así, la hegemonía biomédica, cartesiana y racial que ha caracterizado las instituciones universitarias Occidentales (2).

En consecuencia, esta experiencia nos entrega esperanzas y la posibilidad de seguir creyendo en la profunda transformación social que necesita la academia, tal como lo expresa el profesor Breilh. Quien nos exige tener un quehacer consciente, militante, crítico y exento de sesgos y conflicto de interés. (2)

REFERENCIAS

- (1) Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2615. doi: 10.18294/sc.2020.2615.
- (2) Breilh J. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar edición; 2023.

ETNOGRAFANDO O INVISÍVEL: PENSANDO O CUIDADO EM USOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COM JUVENTUDES FAVELADAS DO RIO DE JANEIRO

Thaina de Camargo Amaral de Miranda¹

Claudia Carneiro da Cunha

Marcelo de Abreu Maciel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe uma discussão sobre os cuidados com as juventudes que fazem uso de álcool e outras drogas em favelas do Rio de Janeiro. Busca-se pensar os caminhos trilhados e as instituições acionadas por seus cuidadores e responsáveis para mediar os cuidados em seus usos de álcool e outras drogas, considerando, principalmente, que essa demanda de cuidado surge quando se trata de usos prejudiciais. É fundamental entender como as juventudes de favelas elaboram esse itinerário de cuidado, chegando ou não à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essas juventudes acabam, muitas vezes, “capturadas” pelas comunidades terapêuticas, que trazem a abstinência total como perspectiva de tratamento, junto da cura por conversão religiosa, em detrimento da estratégia de redução de danos. Seriam as comunidades terapêuticas as primeiras instâncias a serem procuradas pelas famílias e cuidadores para “cuidarem” destas juventudes? Quais fatores as afastam do contato direto com os serviços gratuitos de saúde pública já instituídos no território? Considerando, ainda, as políticas de privação de liberdade da juventude negra de favelas e periferias urbanas e as altas taxas de mortalidade por violência nos territórios dessa mesma população, [1] que princípio de garantia de cuidado em saúde integral é possível manter com juventudes que são assassinadas, encarceradas e punidas a todo instante?

OBJETIVO

Identificar como se estabelece o cuidado e o vínculo com as juventudes faveladas da que fazem usos de álcool e outras drogas, através: da análise de quais são os caminhos percorridos por adolescentes e seus cuidadores, no que concerne ao acompanhamento psicossocial; do mapeamento de quais pontos da Rede de Atenção Psicossocial realizam cuidado com as juventudes faveladas; da compreensão de como as instituições do território constroem ou não um cuidado integral pautado na redução de danos.

METODOLOGIA

O presente trabalho parte de um método de pesquisa essencialmente qualitativo, uma vez que se baseia no conteúdo a ser exposto e estudado, correspondendo a um nível de realidade que não pode ser quantificado [2]. Para investigar esse problema, então, baseia-se nas trocas possíveis entre Psicologia

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: psi.thainamiranda@gmail.com.

e Antropologia social, elegendo a etnografia para embasar as trocas entre campo e a produção teórica. A população alvo, e fundamentalmente sujeitos, deste estudo são os familiares e cuidadores que estejam no cuidado de jovens favelados que fazem usos de álcool e outras drogas. A pesquisa tem duração de 24 meses, considerando que começa desde o acesso à Universidade, incluindo as etapas de formação teórica e encontros supervisionados com a orientadora em questão até o trabalho de campo, e tende a se realizar de acordo com as tendências e possibilidades que o campo oferece de acesso a favelas da AP 5.1 do Rio de Janeiro. Assim, sendo a pesquisa de natureza etnográfica, não é possível determinar previamente quais instituições específicas serão acessadas, considerando, principalmente, que a pesquisa visa entender por onde circulam tais adolescentes e seus cuidadores.

RESULTADOS

Por ainda estar em andamento, não é possível que se apresente, de imediato, os resultados finais da pesquisa. Entretanto, é característica da etnografia compreender que o processo de elaboração dos elementos do campo e a ida ao campo acontecem de maneira constante, entre idas e vindas. É nesse sentido que é possível estabelecer, até o presente momento, algumas hipóteses e constatações do campo. As relações estabelecidas entre moradores e instituições—escolas, igrejas e serviços de saúde—são questões de territorialidade, inclusive que devem ser levadas em conta para pensar o contato e a manutenção de vínculo com os serviços de saúde de seus territórios. Cerca de 82% das comunidades terapêuticas no território nacional estão vinculadas a igrejas de matrizes cristãs, [3] o que alerta para a importância do papel social exercido por igrejas no contato direto com as famílias e os cuidadores de adolescentes que fazem usos prejudiciais de álcool e outras drogas em territórios de favelas. Dada a relação de confiança e identificação religiosa, é possível levantar hipóteses dos caminhos feitos para acessar esse cuidado, possivelmente passando primeiramente pelas lideranças religiosas—que podem estar vinculadas a comunidades terapêuticas—para, em último caso, chegar aos postos de saúde. A partir dessa ideia de que cabe à família tomar decisões em prol de seus membros, incluindo seu cuidado, passa a ganhar mais força a hipótese de um acionamento de Comunidades Terapêuticas em detrimento do acionamento das instituições públicas de saúde para mediar o cuidado de usos de álcool e outras drogas de juventudes. Considera-se, portanto, um possível desalinhamento entre o trabalho proposto nas unidades públicas de saúde e a garantia do vínculo com esse público.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Comumente se entende as juventudes faveladas como aquelas em que se estabelece uma relação *por* e não *com*, sem notar que essa população escolhe por si mesma, pode pensar seus usos de substâncias e é capaz de refletir sobre sua realidade sociopolítica, já que o cuidado se faz a partir de um território existencial [4]. É preciso pôr fim à noção de juventude perigosa e impossível de ser “tratada”, ancorada em pressupostos que visam adaptação a modelos específicos construídos pela ciência [5] do que seria uma vivência de “juventude ideal”. Pensar e propor cuidado devem levar em conta as complexidades que atravessam as realidades dos sujeitos. Não se propõe impedi-los de concretizarem seus usos, mas

perceber como esse cuidado acontece, identificando o caminho para concretizar-se em liberdade. Somente assim é possível questionar quais instituições estão próximas dessas juventudes para pensar, de maneira conjunta, seus usos.

REFERÊNCIAS

- [1] Miranda TCA. Não desvie o olhar: Racismo estrutural e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade [trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2023.
- [2] Minayo MCS. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
- [3] Bardi G, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(4):1557-1566. Doi: 10.1590/1413-81232022274.05152021.
- [4] Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: HUCITEC; 2008.
- [5] Rosa MD, Vicentin MC. Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Psicologia Política*. 2010;10(19).

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA: ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM VULNERABILIDADE NA AMAZÔNIA

Amanda Vitória Lima Morais¹

Antônio Victor Silva Damascena

Pedro Luiz De Carvalho

Mateus Dias Aranha

Desirée Vitória Perdigão da Costa

Klyver Roberth Costa Souza

Armando Costa Ferreira

Wagner Almeida de Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A radiologia odontológica desempenha um papel fundamental no diagnóstico e planejamento de tratamentos na odontologia, sendo essencial para a identificação de doenças bucais e alterações em suas estruturas adjacentes. (1) No entanto, o acesso a exames radiográficos de qualidade é um grande desafio a maior parte da população amazônica, uma vez que elas se encontram em vulnerabilidade social, econômica e geográfica. Nesse contexto, os projetos de extensão universitária tornam-se estratégicos para reduzir desigualdades no atendimento odontológico, proporcionando serviços essenciais à comunidade e aprimorando a formação acadêmica dos estudantes. (2) Visando mitigar essa problemática, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, dispõe de um Projeto de Extensão que objetiva atender às necessidades de diagnóstico oral das populações.

OBJETIVO

Apresentar o serviço de Radiologia Odontológica ofertado por uma instituição pública de ensino na Amazônia, na modalidade de extensão, cujo público-alvo é a comunidade em situação de vulnerabilidade sociodemográfica da região.

METODOLOGIA

A vulnerabilidade social enfrentada por grande parte da população amazônica impõe desafios significativos ao acesso à saúde bucal. Muitas comunidades estão localizadas em áreas de difícil acesso, onde a oferta de serviços odontológicos é limitada. Dessa forma, a atuação do projeto de extensão não apenas democratiza o acesso a exames radiológicos, mas também fortalece a integração entre ensino, serviço e comunidade. (3) O atendimento oferecido contribui diretamente para a saúde pública, prevenindo complicações bucais que poderiam evoluir para quadros mais graves devido à falta de diagnóstico precoce.

1 Universidade Federal do Pará. E-mail: morais99amanda@gmail.com

Assim, o serviço de Radiologia Odontológica oferecido pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará visa suprir tais necessidades, disponibilizando exames radiológicos gratuitos, de radiografias periapicais e oclusais, para a população que não tem acesso a esses procedimentos na rede privada. A iniciativa contribui para a ampliação do atendimento odontológico, auxiliando tanto profissionais da área quanto pacientes que necessitam de diagnóstico por imagem para a continuidade de seus tratamentos. Além disso, o projeto possibilita que os acadêmicos desenvolvam habilidades práticas e adquiram experiência real de atendimento, sob supervisão de professores especializados. (4)

Outro aspecto relevante do projeto é seu impacto na formação acadêmica dos estudantes de odontologia. Ao participarem ativamente do serviço de radiologia, os alunos entram em contato com casos clínicos reais, aprimoram suas competências técnicas no manuseio de equipamentos radiográficos e aprendem a interpretar imagens com maior precisão. Além disso, desenvolvem um olhar mais sensível para as necessidades sociais da população, fortalecendo sua responsabilidade ética e profissional. (3)

Além do atendimento direto à população, o projeto pode gerar impacto científico e social por meio da produção de pesquisas e relatórios que auxiliam no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde bucal na região amazônica. Os dados coletados podem ser utilizados para mapear as principais demandas da população, orientar estratégias de prevenção e subsidiar futuras iniciativas que ampliem o acesso à radiologia odontológica. (1,4)

Dessa forma, o serviço de Radiologia Odontológica prestado por meio da prática extensionista reafirma a importância da universidade pública no compromisso com a sociedade. Ao oferecer atendimento gratuito e de qualidade, a iniciativa reduz barreiras no acesso à saúde, capacita novos profissionais e fortalece a responsabilidade social da instituição de ensino, contribuindo para a promoção da saúde bucal na Amazônia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Logo, a atividade proposta nesta extensão permite colocar o acadêmico frente a uma realidade social e o instiga a buscar a aplicabilidade dos conhecimentos teóricos e também o leva a refletir sobre o potencial e as limitações do serviço. Tendo em vista que a informação é um recurso fundamental na prevenção, e que ela deve ser alcançada pela população em geral. Assim, o principal objetivo desta atividade de extensão é tornar possível o acesso à exames diagnósticos pela comunidade. É importante salientar que mesmo o serviço sendo oferecido gratuitamente, o caminho para a democratização da saúde enfrenta muitos desafios, principalmente no que tange a mobilidade e a logística, e requer a intervenção de mais políticas públicas para que a saúde seja de fato equitativa, igualitária e democrática.

REFERÊNCIAS

- (1) Oliveira DF, Feitoza CC. Desenvolvimento de Ações de Promoção de Saúde Bucal nas Comunidades Ribeirinhas do Baixo São Francisco Frente ao Diagnóstico das Condições Odontológicas: Relato de Experiência. Archives Health Investigation. 2022;11(4):692-698.
- (2) Gallardo CP *et al.* Aporte de la radiología oral y maxilofacial al diagnóstico clínico. Avances odontoestomatología. 2019;35(2):73-82.
- (3) Pizzolatto G, Dutra MJ, Corralo DJ. A extensão universitária na formação do cirurgião-dentista. Rev ABENO. 2021;21(1):974-974.
- (4) Gleriano JS *et al.* Trajetória assistencial como estratégia metodológica no ensino e na extensão universitária: relato de experiência. Rev Atenção Saúde. 2024;22:e20249656.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA SAÚDE: REFLEXÕES DA EXPERIÊNCIA ESTUDANTIL ENTRE TEORIA, PRÁTICA E DESAFIOS NA CURRICULARIZAÇÃO

Sophia Rossi de Barros Almeida¹
Jacqueline Costa Teixeira Caramori

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esta experiência ocorreu na 1ª edição da disciplina “Extensão Universitária na Saúde – 2023”, ministrada entre agosto e outubro de 2023 na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), como parte da curricularização da extensão. A iniciativa reflete o esforço institucional de consolidar a extensão como pilar indissociável do ensino superior, ao lado do ensino e da pesquisa.

A curricularização é orientada pela Política Nacional de Extensão Universitária, que define a extensão como um processo educativo, cultural e científico, articulado ao ensino e à pesquisa, com pelo menos 10% da carga horária dos cursos dedicada a essas atividades (PNE 2014–2024). Segundo o FORPROEX, a proposta visa superar a lógica universitária autocentrada, promovendo práticas interdisciplinares e comprometidas socialmente, ampliando a formação cidadã e valorizando saberes populares(1).

A disciplina buscou oferecer aos estudantes de Medicina e Enfermagem uma imersão em ações extensionistas alinhadas aos ODS da Agenda 2030 da ONU, por meio da interação com comunidades de Botucatu, fomentando uma formação crítica e transformadora. O marco teórico baseia-se na extensão como prática dialógica e emancipatória (1-4), destacando sua importância na construção de conhecimentos entre universidade e sociedade.

OBJETIVO

O objetivo deste relato é refletir criticamente sobre essa experiência formativa, destacando suas contribuições, desafios e possibilidades para a efetiva curricularização da extensão nos cursos da área da saúde.

METODOLOGIA

A disciplina ocorreu entre 16 de agosto e 4 de outubro de 2023, com sete encontros envolvendo cerca de 130 estudantes do primeiro ano de Medicina e Enfermagem, orientados por 14 docentes. Nos primeiros encontros, foram abordados conceitos fundamentais da extensão universitária, como sua função social e curricularização. No entanto, a grande quantidade de alunos e tópicos limitou o aprofundamento das discussões.

1 Universidade Estadual Paulista. E-mail: sophia.rossi@unesp.br

Em seguida, os estudantes foram divididos em 10 grupos conforme afinidades com públicos específicos (crianças, adolescentes, adultos e idosos) e vinculados a instituições locais, como APAE, Vila Dignidade e Associação Pérola Negra. Um roteiro coletivo foi elaborado para entrevistar líderes comunitários, permitindo a identificação de demandas de saúde e a elaboração de propostas extensionistas. Contudo, apenas três grupos conseguiram implementar suas ações devido a limitações de tempo e logística.

Ao final, todos apresentaram suas experiências e reflexões aos colegas e docentes.

Entre os aspectos positivos, ressaltam-se o contato com realidades sociais diversas, o trabalho interdisciplinar e o desenvolvimento de habilidades essenciais para a formação em saúde.

Entretanto, desafios significativos emergiram, como a falta de tempo para consolidar as ações e a dificuldade em estabelecer diálogos efetivos com as comunidades. A ausência de devolutiva a algumas instituições pode reforçar uma visão instrumental da extensão, levando alguns participantes a uma compreensão equivocada de que a extensão utiliza a realidade social como objeto pedagógico sem compromisso real com a transformação, o que contraria os princípios da extensão dialógica e emancipatória. Nesse sentido, Fraga (5) alerta para o risco de práticas extensionistas autorreferenciadas, que desconsideram os saberes locais.

Ao mesmo tempo, José Francisco de Melo Neto (4) reforça a importância da extensão popular como um movimento que nasce da escuta e da coautoria com os sujeitos sociais, buscando o enfrentamento das desigualdades e a transformação social por meio de práticas emancipatórias. A experiência vivenciada revela que, embora essa perspectiva tenha sido proposta, ainda há um caminho a ser trilhado para que se consolide uma extensão efetivamente popular nas universidades. A experiência vivida mostrou que essa meta pode ser alcançada, desde que haja planejamento, escuta ativa e continuidade das ações, ao longo do tempo, com comprometimento institucional.

Por fim, outras experiências com a de Brutscher (6), podem incentivar novos caminhos metodológicos para a extensão universitária, como a metodologia Extelar. Este método propõe uma forma dialética e crítica de produção de conhecimento na extensão, cujos elementos pressupõem a coautoria, o diálogo genuíno e a integração das experiências locais com os saberes acadêmicos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A disciplina “Extensão Universitária na Saúde-2023” ampliou a compreensão da extensão como prática dialógica e transformadora na formação em saúde, conforme Paulo Freire (2), sensibilizando os estudantes para seu papel na construção de uma saúde mais socialmente comprometida. A experiência revelou a necessidade de reestruturar o tempo das atividades para garantir continuidade às ações extensionistas após o término da disciplina, evitando a ruptura dos vínculos comunitários. A análise crítica destaca que a atual fragmentação da extensão em disciplinas isoladas com cargas horárias reduzidas limita seu potencial emancipatório.

Para superar esses desafios, recomenda-se revisar a organização curricular, fortalecer os vínculos com as comunidades e adotar metodologias que permitam ações continuadas, aproximando a prática extensionista do ideal transformador proposto por Freire, Melo Neto e Brutscher, rumo a uma extensão universitária efetivamente popular e comprometida com a justiça social.

REFERÊNCIAS

- (1) FORPROEX. Política Nacional de Extensão Universitária; 2012.
- (2) Freire P. Extensão ou Comunicação? São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- (3) Gadotti M. Extensão universitária: para quê? São Paulo: Instituto Paulo Freire; 2000.
- (4) Melo Neto, JF. Extensão Popular. João Pessoa: Universitária UFPB; 2009.
- (5) Fraga LS. Transferência de conhecimento e suas armadilhas na extensão universitária brasileira. Rev Bras Extensão Univers. 2017.
- (6) Brutscher VJ. Extelar: uma metodologia dialética de produção de conhecimento. Curitiba: CRV; 2022.

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME PÓS-COVID 19 EM TRABALHADORES: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Alexia Eduarda Miranda Silva¹

Carolina Corbeceiri dos Reis

Anna Clara de Melo Valeriotte Nascimento

Michele Sgambato

Liliane Teixeira

Rita Mattos

Ana Paula Souza Macedo

Antônio Sérgio Almeida Fonseca

Karla Santa Cruz Coelho

Maria Christina Rodrigues Menezes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 evidenciou desafios estruturais significativos na saúde pública, reforçando a necessidade de políticas equitativas e da participação comunitária na gestão sanitária (1). A transparência e a governança participativa tornaram-se aspectos fundamentais na formulação de respostas eficazes às crises sanitárias, especialmente em populações vulneráveis ou expostas a riscos ocupacionais específicos, como os trabalhadores essenciais (2). Neste estudo, investigamos os fatores associados à Covid longa, com foco em suas manifestações e consequências em grupos ocupacionais considerando a prevalência da condição entre trabalhadores petroleiros offshore e onshore e seus efeitos na qualidade de vida, funcionalidade física e saúde mental, examinando como as condições laborais particulares destes grupos podem influenciar o curso e a gravidade dos sintomas persistentes. Este conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de estratégias preventivas e intervenções de reabilitação específicas para trabalhadores em ambientes de alto risco ocupacional.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é realizar uma revisão de escopo para avaliar a prevalência de doenças e agravos e os fatores associados à Síndrome Pós-Covid-19 em trabalhadores. A pesquisa busca identificar determinantes individuais e ocupacionais da condição.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo para avaliar os principais fatores associados à Síndrome Pós-Covid 19 em trabalhadores. Para busca dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Post-Acute COVID-19 Syndrome”, “Long COVID”, “Post-COVID syndrome”, “Sequelae SARS-CoV-2”, “Long Haul COVID”, “Post-COVID Condition” combinadas com termos relacionados ao trabalho

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: alexiaemiranda@gmail.com

como “workforce”, “employment”, “occupation”, “work”, “labor” e as fontes de dados utilizadas foram: Medline/PubMed (n = 1.151), Embase (n = 1.105), Web of Science (n = 1.128) e Lilacs (n = 53). Como critérios de exclusão, foram considerados estudos que não abordavam especificamente a Síndrome Pós-Covid-19, pesquisas que não incluíam população trabalhadora, e publicações sem dados originais, como revisões narrativas e editoriais. O estudo foi conduzido pela Fiocruz em parceria com a UFRJ.

RESULTADOS

Foram encontrados um total de 3441 artigos científicos, destes 1.610 foram excluídos por serem duplicados antes da triagem, restando 2.263 registros para serem avaliados. Este processo de remoção evitou a contagem múltipla de estudos e incluiu principalmente artigos que apareciam em diferentes bases e pré-prints posteriormente publicados em periódicos revisados. Dos 2.263 registros triados, 1.618 foram excluídos após a triagem inicial por título e resumo, principalmente por não abordarem a Síndrome Pós-Covid-19 ou não incluírem a população trabalhadora. Os 645 artigos restantes foram selecionados para recuperação do texto completo. Após análise detalhada, 487 artigos adicionais foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, como ausência de dados originais, limitações metodológicas significativas ou foco em populações não-trabalhadoras. Isso resultou em um total de 366 artigos avaliados integralmente, assim foram identificados que fatores como idade avançada, comorbidades prévias (especialmente hipertensão, diabetes e obesidade) e exposição a ambientes de trabalho de alta demanda física foram associados ao maior risco de desenvolvimento da Síndrome Pós-Covid-19. Os trabalhadores em regime offshore apresentavam maior prevalência de sintomas persistentes, possivelmente relacionados às condições de confinamento e dificuldade de acesso a serviços de saúde. Os dados reforçam a necessidade de políticas de reabilitação direcionadas e do fortalecimento da proteção social para trabalhadores afetados pela Covid-19.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Síndrome Pós-Covid-19 representa um desafio persistente para a saúde pública, com implicações diretas na funcionalidade dos indivíduos, na demanda por serviços de saúde e na estabilidade econômica das famílias. A vulnerabilidade dos trabalhadores expostos a ambientes de risco reforça a necessidade de estratégias preventivas e de reabilitação laboral. Além disso, a pesquisa destaca a importância da participação comunitária na formulação de políticas voltadas à mitigação dos impactos da pandemia, garantindo maior equidade e resiliência dos sistemas de saúde. Fortalecer mecanismos de governança democrática e investir na reabilitação dos afetados são medidas essenciais para minimizar as consequências de longo prazo da Covid-19.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Mundial da Saúde. Clinical management of COVID-19: living guideline. 2023.
- (2) Almeida BA *et al.* Impactos da covid-19 no setor de petróleo e gás no Brasil. Rev Bras Med Trab. 2023;21(3):e20221015.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM UMA PERSPECTIVA CRÍTICA E PARTICIPATIVA: O CASO DOS MONITORES DA PESQUISA SOBRE AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

William Pereira Santos¹

Alcindo Antônio Ferla

Ricardo Burg Ceccim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O projeto “Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde” foi criado, em 2019, para explorar e sistematizar evidências sobre a participação social nas conferências nacionais de saúde(1). O projeto, com a contribuição coletiva de diversos pesquisadores, levanta informações relevantes para a compreensão dos impactos da presença da participação social nos espaços deliberativos e plurais, que são as conferências, e na formulação de políticas públicas. A base temática coincide com os eixos principais da pesquisa e, paradoxalmente, com o trabalho em saúde, mas ainda não com a formação profissional. Por isso é muito relevante para a formação dos estudantes de graduação e pós-graduação que apoiam a pesquisa durante as conferências nacionais. Com abordagem mista, o projeto de pesquisa realiza análises interpretativas baseadas na coleta dados por meio de entrevistas, grupos focais, registros de depoimentos, aplicação de questionários e revisão de documentos(1). Para apoiar essas atividades, o projeto inclui um curso de formação de monitores, que desempenham um papel essencial na coleta e análise de dados, além de atuarem nas conferências, que ocorrem em Brasília, DF, e na etapa pós-conferência. Essa etapa, para além dos registros, promove a transparência dos processos de trabalho e a devolutiva dos dados às instituições envolvidas no projeto e à sociedade(2). O curso de formação se amplia com o incentivo contínuo ao processo de construção coletiva de materiais com a exploração do banco de dados, relatórios técnicos, artigos científicos e registros audiovisuais.

OBJETIVO

Sintetizar as principais informações e analisar o papel do Curso de Formação dos Monitores em sua adaptação à perspectiva freireana, evidenciando a relação entre teoria e prática no processo de formação e atuação no projeto.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a formação dos monitores selecionados para o projeto de pesquisa “Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.com.

Saúde” (CAAE nº 14851419.0.0000.0008), promovendo uma reflexão crítica sobre os processos vivenciados, desde a coleta de dados à importância da ocupação nas conferências nacionais de saúde.

RESULTADOS

O Curso de Formação dos Monitores tem se adaptado progressivamente à perspectiva freireana, incorporando princípios fundamentais da pedagogia crítica e libertadora(3). A edição 2024 do Curso foi intitulada “Saúde, democracia e gestão da educação e do trabalho em saúde: gente que cuida de gente e precisa ser cuidado como gente”. Desde 2019, em sua primeira edição, o curso evoluiu com maior carga horária, ampliou o quadro de professores de diversas formações, atuações e experiências em saúde, e introduziu abordagens pedagógicas diversificadas. Em 2024, com 115 horas, incluiu aulas em formatos on-line e presencial em Brasília, DF, e a própria participação dos monitores na 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4ª CNGTES), também na capital federal. Os estudantes para o curso são selecionados por meio de edital público, garantindo uma escolha democrática, permitindo a participação de diferentes perfis e formações. O Plano do Curso propõe um diálogo aberto e horizontal, promovendo um espaço de troca de saberes entre professores e os estudantes. Esse formato pedagógico contrasta com a abordagem tradicional de ensino, promovendo uma aprendizagem coletiva, na qual todas as contribuições e experiências são consideradas para a construção do conhecimento. Outro ponto de aproximação e alinhamento com a pedagogia freireana é a valorização da integração entre a teoria e prática(3). O curso proporciona aprendizado teórico sobre o SUS, o papel da participação social, e diversos temas transversais, destacando a necessidade de considerar as questões individuais, coletivas, territoriais e circunstanciais ao elaborar as políticas públicas de saúde. Para permitir a experimentação concreta das realidades plurais que caracterizam o Brasil, o curso convida e conta com a participação dos monitores nas conferências de saúde. Essa prática possibilita experimentar o conhecimento de maneira prática e concreta. A estrutura da formação e a metodologia buscam, portanto, criar um ambiente de pensamento crítico e reflexivo, despertando os estudantes para a convocação das conferências e para a construção da saúde, que passam pela necessidade de transformação das realidades(3). Os dados levantados com apoio dos monitores tornam-se dispositivos reais para refletir sobre a participação social nas conferências de saúde, observando os impactos, se mais tímidos ou mais participativos, na transformação social e na construção de políticas públicas que atendam às necessidades reais das comunidades. O acervo de dados já permite (e continuará) compreender melhor as tendências, avanços e desafios na construção das políticas públicas de saúde no Brasil, bem como permite uma análise histórica desde a sua implantação. Mas a atuação dos monitores não se limita apenas à coleta de informações. Eles se tornam sujeitos ativos no processo de análise e reflexão crítica sobre as realidades observadas durante a atuação no projeto(2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Acreditamos que o curso de formação dos monitores e seus efeitos sobre os participantes se aproxima cada vez mais da educação transformadora, proposta por Paulo Freire(3). Nessa perspectiva,

as trocas, a participação ativa e crítica e a construção do conhecimento contribuem com a formação de pessoas engajadas com a transformação social e defesa da saúde integral, universal e equânime, que são o grande propósito das conferências de saúde. Sendo um projeto vinculado ao Conselho Nacional de Saúde, a experimentação produzida também se aproxima das formulações que aquele colegiado utiliza para avaliar os cursos da saúde, sobretudo a relevância da experimentação e aprendizagem prática nos cenários da participação social no SUS. É intenção do projeto, enquanto existir, continuar a formação de estudantes sobre a importância da participação social como instrumento da democracia.

REFERÊNCIAS

- (1) Araújo FR *et al.* 16ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 8). DOI: 10.18310/9788554329549.
- (2) Baptista GC, Oliveira PVB, Silva FV, Ferla AA. 17ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. 2. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2025. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 23). DOI: 10.18310/9786554622103.
- (3) Freire P. Pedagogia do oprimido. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FORTALECENDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: A EXPERIÊNCIA DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ana Cássia Cople Ferreira¹
Patrícia Martins Sant'Anna de Faria

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os conselhos de saúde são fundamentais no Sistema Único de Saúde (SUS), funcionando como espaços de participação social e controle democrático. Contudo, eles enfrentam vários desafios ao monitorar os instrumentos de planejamento do SUS, como o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e os Relatórios de Gestão.

Um dos principais desafios é a capacitação técnica dos conselheiros, que muitas vezes não possuem o conhecimento necessário para analisar e acompanhar efetivamente os indicadores e metas estabelecidos (1). Outro obstáculo significativo é a desmotivação dos conselheiros, frequentemente causada pela percepção de que suas contribuições não são consideradas pelos gestores (2). Para superar esses desafios, é essencial investir na formação contínua dos conselheiros, promover a transparência na gestão e garantir a participação ativa da sociedade civil (3).

Devido à alta quantidade de pendências relacionadas à ausência de pareceres dos conselhos de saúde nos instrumentos de planejamento dos municípios da região Noroeste do estado do Rio de Janeiro, esses foram priorizados em uma ação qualitativa de capacitação para conselheiros.

OBJETIVO

Apresentar a experiência de capacitação de conselheiros de saúde direcionada ao desenvolvimento de competências voltadas para a participação social no planejamento do SUS.

METODOLOGIA

Apesar das várias iniciativas de qualificação dos instrumentos de planejamento do SUS na região Noroeste do Rio de Janeiro, ainda há desafios na capacitação dos conselheiros de saúde.

A ação relatada baseou-se na análise dos dados dos municípios (ciclos 2018-2021 e 2022-2025), considerando as pendências na avaliação dos instrumentos. Entre as dificuldades relatadas pelos conselheiros, destacam-se a alta rotatividade e o desconhecimento de procedimentos administrativos e outras ações além do uso do sistema DigiSUS Gestor–Módulo Planejamento (DGMP).

Diante desse cenário, foi proposta uma ação presencial em articulação com o Conselho Estadual de Saúde (CES), o Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa do Rio de Janeiro (Seinp-

1 Ministério da Saúde. E-mail: seinp.sems.rj@saude.gov.br

RJ) e a Assessoria de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde (SES). A ação incluiu dinâmicas de diálogo em rodas de conversa e exposições dialogadas sobre as atribuições dos conselheiros, considerando as dificuldades frequentemente apresentadas. Posteriormente, os mesmos municípios foram acompanhados pela equipe para avaliar os resultados.

RESULTADOS

Nos dias 24 e 25 de setembro de 2024, foi realizada uma ação com duas turmas, totalizando 35 participantes, incluindo conselheiros e alguns gestores de todos os municípios da região Noroeste. A demonstração do sistema DGMP foi utilizada como base para abrir as discussões, exemplificar a aplicação prática das funcionalidades e promover o desenvolvimento de competências.

As dinâmicas propostas permitiram uma intensa participação dos presentes e uma rica troca de experiências. Durante o evento, os conselheiros foram incentivados a resolver pendências e foram sugeridas medidas práticas para a atuação dos conselhos em cada fase do ciclo de planejamento.

A abordagem utilizada foi eficaz em engajar os conselheiros e promover um ambiente colaborativo. As atividades realizadas não apenas incentivaram a participação ativa, mas também proporcionaram um espaço para que os conselheiros pudessem discutir e encontrar soluções para os desafios enfrentados em suas respectivas áreas de atuação.

Constata-se que as ações voltadas para o desenvolvimento de competências dos conselheiros devem partir das necessidades levantadas localmente. Essa abordagem personalizada garante que as capacitações sejam mais relevantes e eficazes, atendendo às demandas específicas de cada região. Além disso, as avaliações ajudam a orientar o trabalho do setor no desenvolvimento de ações mais assertivas, que promovam a participação social e fortaleçam o controle democrático no SUS.

A efetividade dessas ações foi avaliada posteriormente, com o monitoramento da implementação das medidas em cada município. Dos 14 municípios participantes, pelo menos 6 avançaram na apreciação de seus instrumentos, e outros sinalizaram que, após a troca de gestão prevista para o início de 2025, as avaliações seriam retomadas. Somente por meio dessa avaliação contínua será possível ajustar e aprimorar as estratégias adotadas, garantindo que os conselheiros estejam bem-preparados para desempenhar suas funções de maneira eficaz.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A qualificação dos conselhos de saúde deve ser uma tarefa contínua e essencial para promover a participação social e o planejamento eficaz do SUS. A capacitação constante dos conselheiros é crucial para que desempenhem suas funções com competência e engajamento, garantindo que as demandas da população sejam representadas e atendidas adequadamente. No entanto, focar apenas em resolver as pendências do sistema DGMP não é suficiente para equipar os conselhos e promover uma participação social efetiva.

É necessário um enfoque mais amplo, que inclua a formação contínua, a disponibilização de recursos adequados e a criação de espaços para a troca de experiências e o diálogo constante entre os conselheiros. Somente com uma abordagem integrada e permanente será possível fortalecer os conselhos de saúde, assegurando que desempenhem seu papel de forma plena e contribuam para um SUS mais participativo e democrático.

REFERÊNCIAS

- (1) Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, Skupien JA. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? Ciênc saúde colet. 2010;15(5):2431–2436.
- (2) Fernandes VC, Spagnuolo RS, Nascimento EN. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. Saude soc. 2017;26(1):218–228.
- (3) Gomes JFDF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde debate. 2021;45(131):1199–1213.

FORTALECIMENTO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO POR MEIO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS

Ana Clara Fraga¹

Caique Pereira Santos

Ednéa Harckbart

Maria Angelica Callegario Vieira

Mariana Pereira Monteiro

Maristella Zamborlini Macedo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto Práticas Inovadoras para a Qualificação da Participação Social na Saúde (PDPi) é uma parceria entre o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES) e o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), iniciado em 2022. O projeto atua em cinco vertentes principais, sendo uma delas a educação permanente para o controle social, foco deste relato. O PDPi visa qualificar os espaços democráticos de participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), com ações que promovem a formação, incentivam a participação crítica e prática, e fortalecem a atuação dos conselhos municipais de saúde. Este trabalho destaca a importância dessas atividades educativas, que buscam um fortalecimento contínuo e qualificado do SUS capixaba. Para que o SUS se fortaleça de forma plena, é essencial que os municípios desempenhem um papel ativo na gestão da saúde pública. Assim, as atividades do PDPi visam assegurar que os conselhos municipais consigam influenciar as políticas locais de maneira mais eficaz, tornando-se protagonistas na gestão da saúde em suas regiões.

OBJETIVO

O objetivo deste relato de experiência é apresentar as atividades educativas realizadas pelo PDPi nos conselhos municipais de saúde do Espírito Santo, destacando a importância da educação permanente para qualificar o controle social e a participação cidadã no processo de gestão da saúde pública.

METODOLOGIA

As atividades educativas promovem a construção coletiva do conhecimento, fundamentando-se em metodologias ativas que colocam os participantes como protagonistas do processo de aprendizagem. Realizadas presencialmente em encontros de um dia, as formações integram momentos expositivos dialogados, dinâmicas de grupo, estudos de caso e exercícios práticos, criando um ambiente interativo e engajador. Os temas abordados incluem os fundamentos do SUS, conselhos e conferências de saúde, participação e controle social, cidadania, gestão participativa, organização e funcionamento

1

E-mail: anafraga.trab@gmail.com

dos conselhos de saúde, além de aspectos operacionais e éticos da atuação de conselheiros(as). Para diversificar as abordagens pedagógicas e facilitar a assimilação dos conteúdos, são utilizados materiais audiovisuais estratégicos. Ao final de cada encontro, os participantes avaliam a experiência por meio de um formulário anônimo acessado via QR code, fornecendo feedbacks que orientam o aperfeiçoamento contínuo das atividades.

RESULTADOS

Até janeiro de 2025, foram realizadas 14 atividades educativas nos municípios sede do projeto, com participação de municípios vizinhos, totalizando o envolvimento de 29 municípios e ampliando o alcance das formações. Em média, cada encontro contou com 23 participantes, incluindo conselheiros(as) de saúde e lideranças comunitárias interessadas na temática. As avaliações dos participantes indicaram uma percepção positiva e satisfatória sobre as atividades, com destaque para a relevância dos temas abordados e a importância de realizar mais encontros como esses. Além disso, para superar as limitações logísticas de alcance e continuidade das ações presenciais, está sendo desenvolvida a proposta de um curso híbrido, com módulos EAD, lives interativas e encontros presenciais regionais. Esse curso tem como objetivo ampliar a capacitação e o impacto das atividades do PDPi, proporcionando um acompanhamento mais constante e acessível para os conselhos municipais e lideranças comunitárias. A proposta visa aprofundar temas como estrutura e funcionamento dos conselhos, instrumentos de planejamento e gestão, e conferências de saúde. Sua implementação está prevista para 2025, e espera-se que contribua significativamente para a qualificação contínua e ampliada da participação social no SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Embora o PDPi atue em diversas frentes, como apoio técnico e comunicação para o CES-ES, além do desenvolvimento de pesquisas, a necessidade de estarmos mais presentes nos municípios se tornou evidente. A proposta do curso híbrido surge justamente para ampliar o impacto das ações educativas do projeto, para que mais municípios se beneficiem das formações. A ampliação das ações para os municípios é uma resposta à nossa vontade de estarmos mais presentes e fortalecermos o controle social no SUS em todo o estado.

FORTALECIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: LA EXPERIENCIA DE LA DIPLOMATURA EN PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA DE LA UNLP, ARGENTINA

Pablo Medina¹

Manuel Fonseca

Estefania Cioffi

Florencia Verger

Martin Roberto Piaggio

INTRODUCCIÓN

En el contexto latinoamericano, la salud colectiva emerge como un campo crítico que analiza la salud desde una perspectiva social, política y económica, reconociendo la influencia de los determinantes sociales en la generación de inequidades. En Argentina, el acceso al derecho a la salud suele reducirse a la prestación de servicios, sin contemplar integralmente las condiciones de vida de las poblaciones.

En este marco, la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) desarrolló la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria, una iniciativa pedagógica destinada a formar referentes comunitarios capaces de promover un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial de la salud. Esta experiencia se inscribe en los principios de la medicina social y de la salud colectiva (1,2).

La propuesta surge como respuesta a los desafíos que implicó la pandemia por COVID-19 en el acceso a la salud de grandes porciones de la población. Su implementación ha ido en aumento progresivo, desde la experiencia regional en la Ciudad de La Plata, hasta su implementación provincial y nacional. En todos sus formatos, la diplomatura se estructuró a partir de una forma de trabajo denominada “Triángulo de las Redes en Salud”, con la idea de la retroalimentación positiva entre la universidad pública, los movimientos sociales y trabajadores/as del sistema público de salud.

OBJETIVO

Analizar la experiencia de la Diplomatura como estrategia formativa y de acción para el fortalecimiento del derecho a la salud y la participación comunitaria en distintos territorios de Argentina.

METODOLOGÍA

La propuesta combina clases sincrónicas y rondas de conversación, basándose en la pedagogía de la educación popular (3). El dispositivo central son las “aulas abiertas”, espacios semanales en barrios donde confluyen vecinos/as, organizaciones sociales, efectores de salud y docentes universitarios. A

1 E-mail: pablomedina.ral@gmail.com

lo largo de diez módulos temáticos se abordan contenidos vinculados al proceso salud-enfermedad-atención. El dictado cuenta con un formato flexible, pudiendo incorporar temáticas específicas vinculadas a las necesidades particulares del territorio donde se realiza el aula. La evaluación es procesual y culmina con un trabajo integrador grupal sobre una problemática local, proponiendo una intervención situada. Se busca que la experiencia pueda aportar a consolidar el tejido social local, a partir de la implementación de propuestas a largo plazo, con posterioridad al desarrollo del aula.

RESULTADOS

La Diplomatura se implementó por primera vez en el año 2020 en la Ciudad de La Plata, en el año 2021 se amplió a la Provincia de Buenos Aires y a partir del año 2022 se nacionalizó progresivamente alcanzando 17 provincias del país y 1.752 egresados/as desde su comienzo. A su vez, se firmaron convenios con 5 municipios y se establecieron colaboraciones con universidades y organizaciones sociales como el MTE, La Poderosa, MP Nuestramérica, FPDS, Foro Popular de Salud Bahía Blanca, SinPeCaF–Córdoba, Asociación Civil para la Salud Popular Comunitaria.

Se fortaleció el rol de promotores/as de salud como actores clave para la gestión comunitaria. En todo el dictado se buscó generar y fortalecer redes efectivas entre la sociedad civil y el sector público. Las Líneas de Cuidados emergen como herramientas locales para articular acciones de salud (4,5).

CONSIDERACIONES

Esta experiencia formativa evidencia el potencial transformador de la educación popular para ampliar el acceso a la salud desde una perspectiva de derechos. La articulación entre comunidad, universidad y sistema de salud permite jerarquizar saberes populares, diseñar propuestas desde los territorios y contribuir a la reducción de barreras de acceso en los barrios populares. A su vez, fomenta la implementación de políticas de prevención y promoción de la salud, como aporte al desarrollo de la atención primaria de la salud. La Diplomatura se alinea con los principios de la determinación social de la salud y el fortalecimiento democrático en el ámbito sanitario (2,4).

REFERENCIAS

- (1) Cueva A. El desarrollo del capitalismo en América Latina y la cuestión del Estado. Santiago de Chile: CESO; 1979 [acceso 2025 mar 20]. Disponible en: <https://www.marxists.org/portugues/cueva/1979/08/estado.htm>
- (2) Kreplak N, Comes Y, Konfino J, Balaña S. Manual de Salud Pública: Una mirada heterodoxa. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2024.
- (3) Freire P. Pedagogía del oprimido. 30. ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2020.
- (4) Fonseca M, Malleville S. Manual de formación para promotoras y promotores de salud. La Plata: UNLP; 2024.
- (5) Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social UNLP. Estructura del sistema de salud argentino. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2022.

HABITAR UN HOSPITAL COMO CONTRACARA A LA EXCLUSIÓN: LA EXPERIENCIA DE UNA HUERTA HOSPITALARIA COMO DISPOSITIVO FACILITADOR PARA EL LAZO SOCIAL DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

María Belén Pérez¹

Natalia Soledad Schiariti

Cintia Vanesa Sivila

INTRODUCCIÓN

En el año 2021, en el Hospital Zonal General de Agudos Gral. Manuel Belgrano (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina) nace a partir de una política provincial el Servicio de Área Programática y Redes en salud (SAPS) con el objetivo de revincular la comunidad con la institución en el contexto post-pandemia COVID-19. El servicio es interdisciplinario, aborda las situaciones comprendiendo la necesidad de diagnosticar, monitorear y acompañar la situación sanitaria de la comunidad en el territorio donde se inserta.

Diversas líneas de trabajo se desprenden del SAPS, una de ellas es el armado y acompañamiento de una huerta comunitaria, urbana y agroecológica que se lleva adelante en la institución desde el año 2021. Actualmente, en este espacio se desarrollan propuestas que ofician de terapéutica complementaria a usuarios de salud mental, trabajando la construcción y el sostenimiento del lazo social.

En la huerta se desarrolla un programa de inclusión laboral para usuarios de salud mental denominado Promover Igualdad y un taller de huerta en el dispositivo de Hospital de Día. Por otro lado, se está en constante articulación tanto con la guardia de salud mental como con internación. En lo que respecta a las infancias, desde el consultorio de psicopedagogía se realiza un taller de alfabetización enlazando los procesos de aprendizaje con la huerta.

OBJETIVO

Generar un dispositivo grupal y terapéutico en una huerta dentro de un Hospital que complemente, facilite y acompañe los tratamientos de usuarios con padecimientos de salud mental a través del trabajo en torno a la inclusión social y el fortalecimiento del lazo social.

METODOLOGÍA

Podemos dividir la consolidación de este proyecto en tres etapas: en el 2021 planificación estratégica y articulación con diferentes efectores; en el 2022 armado de la huerta y consolidación del proyecto y en el 2023-2024 la huerta como espacio terapéutico.

1 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. E-mail: marbelenperez@gmail.com

En referencia a esta última etapa, definimos tres modalidades de trabajo grupal dependiendo de la actividad que se desarrolle: *Taller de Huerta de Hospital de Día*, es un espacio grupal recreativo y de aprendizaje. Reuniones de equipo quincenales con coordinadores del espacio. *Programa Promover Igualdad*, grupo de 12 usuarios con dos talleristas que trabajan en el espacio tres veces por semana. *Taller de alfabetización*, grupo de 7 niños que asisten con frecuencia semanal.

Para desarrollar el espacio es clave la articulación continua con los equipos tratantes de los usuarios, así como también generar espacios de reunión con los profesionales. A la metodología semanal, se suma la participación de residentes de salud mental los miércoles y la organización de propuestas por fuera del espacio físico de la huerta, entiéndase salidas recreativas y culturales con los grupos.

RESULTADOS

La experiencia nos narra acerca de la relevancia del encuentro con el otro para la constitución del lazo social, la importancia de la grupalidad a la hora de pensar la continuidad de cuidados, el lugar que le brindamos a las infancias y la inclusión en los procesos de externación en salud mental. La huerta al ser un espacio de circulación comunitaria contribuye a desdibujar barreras sociales (1). Los usuarios armaron un espacio de pertenencia y construcción colectiva, mejoraron aspectos vinculados a su autonomía, motricidad y socialización, entretejiendo redes para el cuidado integral de su salud. Intercambiaron saberes y colaboraron en otras huertas vecinas. Aquellos que se encuentran en el programa Promover, a su vez adquirieron una rutina laboral y conocimientos técnicos sobre huerta agroecológica, producción, medioambiente y soberanía alimentaria, replicando espacios de huerta en sus casas (2).

Por otro lado, la huerta como espacio enlazado a los procesos de aprendizaje, da lugar a aprendizajes vivenciales y significativos. La interacción dialéctica que surge entre las experiencias de los niños en la huerta y el deseo que ha ido surgiendo en ellos de querer plasmar en las hojas sus saberes, nos señala que para aprender se hace necesaria la relación con un otro para que muestre el objeto de conocimiento, y así construir sentido(3).

El hospital se ha ido apropiando del espacio de la huerta, dando lugar a la construcción de diversas articulaciones y redes(4) con los equipos de salud, promotores de salud provinciales y redes de apoyo comunitario, acentuando el diálogo entre las dimensiones subjetivas, socioculturales, laborales y ambientales de los usuarios.

CONSIDERACIONES

La experiencia da cuenta de la importancia de las políticas públicas que implementan una perspectiva de salud comunitaria y colectiva enfocada en la construcción de redes en salud que promueven la creación de espacios que garantizan y democratizan el derecho a la salud.

Construir prácticas que pujan por un abordaje integral y comunitario de los padecimientos de salud mental es esencial. Si bien los adultos se encontraban compensados clínicamente, a través de los

talleres grupales fortalecieron el lazo social y fomentaron sus habilidades en todas sus esferas personales, acercándonos al objetivo de abordar la salud de manera integral, trascendiendo el tratamiento individual. En esa línea, entendemos que las situaciones de aprendizaje alcanzan a los sujetos en todo el desarrollo de su vida, pensar en un espacio como la huerta, que entrame y facilite la construcción de diversos conocimientos y saberes en los usuarios es posible si pensamos al aprendizaje por dentro de los lazos sociales

REFERENCIAS

- (1) Montero, M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Paidós; 2003.
- (2) Frumkin H, Bratman GN, Breslow SJ, Cochran B, Kahn PH Jr, Lawler JJ, et al. Nature contact and human health: A research agenda. Environ Health Perspect. 2017;125(7):075001. doi: 10.1289/EHP1663.
- (3) Bendersky B. Aprendizajes escolares: Perspectiva psicogenética: revisiones de algunos conceptos básicos. Manantial; 2004.
- (4) Rovere M. Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Rosario: Secretaria de Salud Pública; 1998.

HESITAÇÃO VACINAL E CLASSE SOCIAL NA ANÁLISE CRÍTICA DAS ABORDAGENS MULTICAUSAIS

Livia Cerf Quintero¹

Sofia Valdez Ribeiro

Rayssa Santos de Lima

Giovanna Meingast Santana

Luis Antônio Batista Tonaco

Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A vacinação é reconhecida como uma estratégia fundamental para a prevenção de doenças e para o aumento da expectativa e da qualidade de vida. Nesse contexto, o Brasil destaca-se mundialmente pela ampla oferta gratuita de imunobiológicos e por seu extenso calendário vacinal, que contempla diversas faixas etárias(1). Para a erradicação, eliminação ou controle de doenças preveníveis, a OMS recomenda cobertura vacinal mínima de 95% para a maioria das vacinas. Nos últimos anos, entretanto, o Brasil e outros países vêm enfrentando quedas significativas nas coberturas vacinais. Em resposta, a OMS criou o grupo Strategic Advisory Group of Experts (SAGE), com o objetivo de investigar os fatores que influenciam a decisão de vacinar (2). Esse grupo cunhou o termo “hesitação vacinal”, definido como o atraso ou recusa na aceitação das vacinas, mesmo estando disponíveis. Diante desse cenário, diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para mensurar e analisar a hesitação vacinal em diferentes populações. No entanto, os estudos atuais tendem a associar os motivos da hesitação a múltiplos fatores e aos determinantes em saúde, o que, mascara as desigualdades nos territórios e não contribui para discutir estratégias de enfrentamento, encobre o papel central das formas de trabalhar e viver caracterizadas pela inserção de classe na determinação dos processos de saúde e adoecimento.

OBJETIVO

Sendo assim, neste contexto de produção das investigações sobre imunização, este estudo tem como objetivo problematizar a multicausalidade como modelo explicativo hegemônico, presente nos instrumentos utilizados para analisar a hesitação vacinal.

METODOLOGIA

O presente estudo propõe uma discussão fundamentada nos achados de uma revisão de escopo, tendo como objetivo central identificar, os instrumentos e ferramentas empregados na identificação e no enfrentamento da hesitação vacinal. A revisão foi norteada pelo checklist “A Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Re-views (PRISMA-ScR)”(3)

1

Universidade de São Paulo. E-mail: liviacq2@gmail.com

que consiste em um roteiro para guiar a elaboração de uma revisão de escopo. A busca dos artigos foi realizada em bases de dados nacionais e internacionais por meio das palavras chaves “hesitação vacinal” e “instrumentos de coleta”, nos anos de 2015 a 2025. Os critérios de exclusão foram: artigos em idiomas que não fossem português, espanhol e inglês; outros tipos de publicações tais como teses, dissertações, tcc, resumos de congresso; estudos de revisão; artigos que não possuem ou não denominam o instrumento utilizado.

RESULTADOS

Foram identificados 105 artigos, dos quais 52 compuseram a amostra final após aplicação dos critérios de exclusão. Os instrumentos para avaliar a hesitação vacinal foram diversos, alguns específicos por contexto ou população, como os voltados à hesitação vacinal infantil e os utilizados para medir hesitação frente às vacinas contra a COVID-19. A maioria dos artigos analisados utilizou questionários socioeconômicos antes da aplicação das escalas de mensuração da hesitação vacinal. Contudo, poucos explicitaram as justificativas para essa aplicação ou correlacionaram os dados com os achados sobre hesitação. Assim, a caracterização socioeconômica assumiu um papel protocolar, pouco explorado como ferramenta analítica das desigualdades. Além disso, todos os instrumentos adotaram, de forma explícita ou implícita, o referencial da multicausalidade, ao atribuírem a hesitação vacinal a uma multiplicidade de fatores, como desinformação, preocupações com a segurança das vacinas, barreiras no acesso a direitos e serviços de saúde, entre outros. A abordagem multicausal tende a deslocar a análise dos processos saúde-doença para o campo das escolhas e comportamentos individuais, como a decisão de vacinar, reforçando uma concepção centrada no estilo de vida como explicação para as desigualdades em saúde. Nesse contexto, a imunização é apresentada como estratégia de intervenção voltada à promoção da saúde, com foco em determinantes como estado imunológico, idade ou exposição a agentes infecciosos. Sob a perspectiva da Determinação Social da Saúde, os processos de saúde e adoecimento são resultados das condições estruturais de vida e trabalho. Assim, o uso de variáveis socioeconômicas em análises multifatoriais, sem aprofundamento crítico, pode omitir o papel central da inserção de classe na produção das desigualdades que influenciam a hesitação vacinal.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que, embora os estudos revisados utilizem instrumentos variados para mensurar a hesitação vacinal, a maioria adota uma perspectiva multicausal que tende a individualizar os determinantes da decisão de não vacinar. A utilização de questionários socioeconômicos, frequentemente tratada como etapa protocolar, carece de aprofundamento analítico, o que limita a compreensão crítica das desigualdades sociais envolvidas. Torna-se evidente que a hesitação vacinal não pode ser dissociada das condições estruturais que marcam a vida dos grupos, especialmente a inserção de classe. Dessa forma, análises que desconsideram esses elementos estruturantes correm o risco de reforçar explicações reducionistas e pouco eficazes para a formulação de políticas públicas de enfrentamento da hesitação vacinal.

REFERÊNCIAS

- (1) Domingues CMAS, Teixeira AMS, Carvalho SMD, Fantinato FFST, Ferreira VLR. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. *Cad Saude Publica*. 2020;36(Supl 2).
- (2) MacDonald NE. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 Aug;33(34):4161–4.
- (3) Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467–73. doi:10.7326/M18-0850.

¿"LA CLÍNICA ES NUESTRA?": TRABAJADORAS COMUNITARIAS DE SALUD Y SUS DISPUTAS SOBRE AUTONOMÍA SANITARIA BAJO UN CONTEXTO DE VIOLENCIAS MÚLTIPLES EN CHIAPAS, MÉXICO

Matthew Hing¹

Leini Cruz Escalante López

Eudeli Mercedes Velázquez Reyes

María Isabel Ramírez Méndez

Yenci Janeth Velasquez Diaz

Francisca Guzman López

Maricruz Hernández Zúñiga

Blanca Hernandez Soto

Margarita Perez Santizo

Ariwame Jimenez Reynoso

INTRODUCCIÓN

Las trabajadoras de salud comunitaria (TSC) – un sector diverso, feminizado y renumerado precariamente de la fuerza laboral clínica-social – está siendo resurgentemente adoptado por instituciones sanitarias, gobiernos y municipios de todo el mundo como solución necesaria al desgaste neoliberal de infraestructura y personal de salud y la consiguiente necesidad de extender atención médica preventiva y curativa (1). A pesar de su promesa y la construcción frecuente de estos programas como vehículos de empoderamiento comunitario, investigación indica cómo programas de TSC pueden generar *más* precariedad para TSC y reinscribir las relaciones de poder que se creen que desafían (2) – especialmente las jerarquías socio-epistémicas determinando su alcance clínico y (falta de) autonomía sanitaria. La pregunta-declaración ambivalente de “¿La clínica es nuestra?!” – lo cual también forma el nombre de un nuevo programa federal mexicano – ronda al labor diario de las TSC empleadas por la organización Compañeros En Salud (CES) en la Sierra Madre de Chiapas y llama atención a *la clínica* como un sitio clave de contestación comunitaria sobre recursos de salud esenciales y autodeterminación colectiva durante periodos de inseguridad. También demuestra contradictorias percepciones de ONGs, funcionarios gubernamentales, narcomilitares y campesinos sobre el flujo de trabajo “apropiadp” para TSC.

OBJETIVO

Con el fin de mejor centrar y apoyar las visiones situadas de TSCs para sus comunidades y ellas mismas dentro del programa de CES y atender a los daños y tensiones que surgen dentro de la salud comunitaria, nosotros iniciamos un estudio etnográfico-participativo a largo plazo sobre

1 Universidad de California. E-mail: mhing@mednet.ucla.edu

cómo trabajadoras de salud comunitaria conceptualizan y concretan poder y autonomía sanitaria en el contexto de sus vidas y labor – aún más bajo las nuevas condiciones de narcoviolencia que confrontan a la zona.

METODOLOGÍA

Esta investigación etnográfica se profundiza en una praxis ética, metodológica y participativa de acompañamiento – el acompañamiento refleja un “compromiso de luchar con las complejidades, ideologías incoherentes y experiencias que surgen de relaciones de poder desiguales” (3) y producir datos útiles para las luchas de las interlocutoras primarias. Además es una forma cotidiana de pensar sobre la mutualidad y responsabilidad relacional ampliamente utilizada por las TSC de CES, quienes se conocen institucional y localmente como *acompañantes*.

El autor principal llevó a cabo 20 meses de participación-observación en la Sierra de Chiapas entre julio 2019 y octubre 2024. Completó entrevistas con 37 TSC, 12 de sus familiares, y 15 personal de CES para explorar las políticas del labor de salud comunitaria y cómo se cambia con el tiempo bajo diferentes circunstancias sociales e institucionales. También pasó miles de horas acompañando a las TSC en sus vidas diarias, incluso durante la recién escalada de la narco-violencia en la zona. En círculos iterativos de coanálisis, el autor principal y las coautoras TSC discutieron los temas emergentes y sus implicaciones para ellas y su trabajo.

RESULTADOS

Los datos etnográficos demuestran cómo la descomposición de los límites epistemológicos establecidos alrededor del alcance “apropiado” para TSC sirve como una estrategia colectiva de sobrevivencia y hacía más autonomía sanitaria. La participación-observación mostró que las TSC son vistas (con pocas excepciones) por la gente de sus comunidades como la fuente más accesible de atención médica para enfermedades menores e incluso emergencias; esto se acentúa especialmente en zonas donde no hay una clínica gubernamental ni otro personal sanitario – la realidad en que casi todas las comunidades se encontraron durante las ofensivas narcomilitares. Narrativas comunitarias también revelan una pluralidad de ejemplos pasados y presentes de figuras similares a TSCs que prefiguraron una autonomía sanitaria durante las últimas décadas. Las TSC de CES se ubican dentro en estos marcos pasados de salud comunitaria y las expectativas locales que generan sobre lo que es apropiado y deseable que las TSC hagan y sepan.

Sin embargo, el modelo operativo de atención médica que utiliza CES importa en gran medida un modelo médico hegemónico que las encasilla en una jerarquía, lo que deja poco margen formal para que brinden el nivel de atención y servicios que los miembros de su comunidad (y ellas mismas) esperan. Las observaciones etnográficas demostraron que las TSC se oponen a este poder directamente, desafiando a sus supervisores y al personal sanitario local, así como indirectamente, buscando otras oportunidades de formación médica fuera de su empleador y brindando de forma encubierta un nivel

de atención superior al que se les permite. A pesar de mandados institucionales de dejar de trabajar, TSC se arriesgaron para seguir brindando servicios a sus comunidades, aun con ambivalencia a veces.

CONSIDERACIONES

Las tensiones epistemológicas y políticas que surgen cuando diversos actores (TSC, personal de ONG y gubernamental, miembros de la comunidad) vocalizan y defienden sus visiones sobre lo que las TSC deberían saber, hacer y ser en sus comunidades frente al sistema de salud profesionalizado, exponen debates más profundos con respecto a la autonomía sanitaria, las jerarquías del conocimiento clínico y la descolonización médica. Sin embargo, dentro y más allá de este entorno estructural las TSC construyen y caminan su propia conceptualización de la autonomía sanitaria. Ante el deterioro de la infraestructura sanitaria accesible a nivel mundial, existe una mayor urgencia por modelos de atención comunitaria y autónomos, y la atención etnográfica que este proyecto brinda a las experiencias y deseos de TSC es esencial para comprender la creciente demanda de trabajo en salud comunitaria y diseñar estrategias que respondan a sus tensiones.

REFERENCIAS

- (1) Cooper A. What does health activism mean in Venezuela's Barrio Adentro program? Understanding community health work in political and cultural context. *Ann Anthropol Practice*. 2015 May;39(1):58-72.
- (2) Maes K, Kalofonos I. Becoming and remaining community health workers: perspectives from Ethiopia and Mozambique. *Social science & medicine*. 2013 Jun 1;87:52-9.
- (3) Collective C, editor. *For Health Autonomy: Horizons of Care Beyond Austerity: Reflections from Greece*. Common Notions; 2020.
- (4) Mora M. *Kuxlejal politics: Indigenous autonomy, race, and decolonizing research in Zapatista communities*. University of Texas Press; 2017.
- (5) Mei Singh L. Accompaniment through carceral geographies: Abolitionist research partnerships with Indigenous communities. *Antipode*. 2021 Jan;53(1):74-94.

INOVAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: RESULTADOS DO PROJETO PDPI NO ESPÍRITO SANTO

Maristella Zamborlini Macedo¹

Ana Clara Fraga

Caique Pereira Santos

Ednéa Harckbart

Maria Angelica Callegario Vieira

Mariana Pereira Monteiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A participação social na saúde, estabelecida como diretriz constitucional em 1988, reflete a reforma sanitária no Brasil. Conhecida como participação comunitária, é vital para o empoderamento social e a formulação de políticas públicas que atendam às necessidades da população. Depois de três décadas do SUS, pesquisas identificam desafios: falta de representatividade, capacitação insuficiente, infraestrutura inadequada, distanciamento entre representantes e representados, influência de partidos e a ausência de mecanismos que avaliem a eficácia da participação social (1,2). O Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES-ES) reconhece a importância de organizar e capacitar seus conselheiros. Em resposta, foi criado o “Projeto de Desenvolvimento de Práticas Inovadoras para Qualificação da Participação Social na Saúde (PDPI)”, coordenado pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). Iniciado em junho 2022 (3), o projeto estruturou-se em cinco eixos para enfrentar os desafios da participação social: 1-diagnóstico; 2-cultura inovadora; 3–atividade educativa; 4–comunicação e 5– ciência de dados. Este trabalho destaca resultados parciais de dois eixos: a introdução de uma cultura de inovação para aprimorar a gestão e a promoção da autonomia por meio de atividades educativas, assegurando transparência no controle social das políticas públicas de saúde.

OBJETIVO

Este trabalho apresenta a experiência do PDPI. São destacados os resultados parciais relativos à inovação na gestão e à transparência no controle social, assim como atividades educativas que promovem cultura inovadora. O foco é melhorar a participação social na análise das políticas públicas de saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho foca em dois eixos, e os resultados parciais evidenciam a correlação dos cinco eixos do projeto (3). O eixo 1 diagnostica atividades do CES, identifica lacunas e fragilidades, e fornece dados para o desenvolvimento do eixo 5, que utiliza ciência de dados para aprimorar o controle da política de saúde. O eixo 2 promove cultura inovadora, criando ferramentas de gestão eficientes para

1 Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. E-mail: maristellamacedo.adv@gmail.com

otimizar processos e garantir fluidez das atividades. Foi elaborado o perfil dos conselheiros do CES/ES, com 37% respondendo ao questionário para avaliar sua participação. Usamos o desenho de fluxo para mapear as etapas dos procedimentos do CES, facilitando a identificação de melhorias e a eliminação de gargalos. Até o momento foram elaborados seis Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para padronizar atividades, orientar a execução e assegurar que todos sigam os mesmos critérios, melhorando a qualidade e eficiência. Propomos um sistema de monitoramento de demandas, que verifica o status de cada solicitação e assegura respostas ágeis. Ao integrar ferramentas, buscamos eficiência operacional e colaboração entre os órgãos, fortalecendo o CES e promovendo um ambiente de trabalho organizado. Superar as fragilidades identificadas no eixo 1 permite que o eixo 3 implemente atividades educativas, enquanto o eixo 4 aumenta a visibilidade das ações, promovendo um modelo para conselhos de saúde em níveis estadual e municipal.

RESULTADOS

Identificou-se que 57 % dos conselheiros possuem pós-graduação. Mesmo assim, apenas 19% foram capazes de listar instrumentos de gestão. 81% carecem de conhecimento técnico, no que tange às responsabilidades impostas pela LC 141/2012, que regula a fiscalização e controle das despesas em saúde. Também foram identificadas deficiências na execução das atividades das comissões do CES. É necessário assessorar as comissões e promover a integração entre elas, além de estruturar capacitações específicas focadas na análise de instrumentos de gestão. O projeto está elaborando capacitações baseadas em trilhas de conhecimento, para que os conselheiros se familiarizem com documentos essenciais, como o plano de saúde e os relatórios de prestação de contas de gestão (quadrimestrais e anuais). A Comissão Intersetorial de Orçamento e Finanças e Instrumentos de Gestão (CIOF) vem monitoramento propostas apresentadas em conferências e na identificação dessas metas nos instrumentos de gestão. Além da capacitação, estão sendo elaboradas ferramentas de gestão, como um banco de demandas e uma agenda de temas a serem trabalhados nas comissões do CES. O desenho de fluxos com otimização dos processos facilitará a análise e qualificação das políticas públicas, aumentando a eficiência dos conselhos. A organização horizontal proposta para as comissões visa otimizar processos e permitir rápida adaptação às mudanças necessárias. Essa abordagem, aliada a tecnologia da informação, pode transformar a organização do trabalho dos conselheiros, fortalecendo a participação social e a atuação no controle das políticas de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados parciais do projeto PDPi evidenciam a importância da capacitação e da inovação para fortalecer a participação social em saúde. As atividades educativas, aliadas à criação de ferramentas de gestão, contribuem para a melhor atuação dos conselheiros, promovendo transparência e eficiência no controle social. A interdependência dos eixos do projeto destaca a necessidade de abordagem integrada que garanta a efetividade das ações e a mobilização social. É fundamental investir em capacitação e canais de comunicação que facilitem o diálogo entre conselheiros e população. O avanço

da participação social no Espírito Santo, impulsionado pelo PDPI, serve como modelo a outros estados, reafirmando o compromisso com a construção de políticas públicas de saúde que realmente atendam às demandas da população.

REFERÊNCIAS

- (1) Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde Debate. 2021;45(131):1199-1213.
- (2) Recomendações para Colegiados, Conselhos e Conferências Nacionais. Grupo de Trabalho Técnico sobre Colegiados, Conselhos e Conferências Nacionais. Secretaria Nacional de Participação Social. Governo Federal. 2024. Disponível em: [recomendacoes-colegiados-conselhos-e-conferenciasnacionais.pdf](#)
- (3) Termo de Abertura do Projeto. Projeto aprovado pela Resolução CES/ES Nº 1.257/2022. Disponível em: [Resolução CES 1257-Aprovar Projeto de Apoio ao CES em parceria com o ICEPI-1.pdf](#)

MAPEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE ENTIDADES MÉDICAS PARA COMUNICAÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DIGITAL: LIMITES ENTRE O MERCADO E O DIREITO À SAÚDE

Pâmela Araujo Pinto¹

Sarah Lopes Salomão

André Gonçalves da Silva Bezerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As plataformas digitais impulsionaram nas últimas décadas movimentos de desvalorização das autoridades epistêmicas no Brasil e afetam a soberania informacional. (1) Pinto *et al.* mapearam ações desenvolvidas no SUS para o enfrentamento da desinformação, capitaneadas pelo MS, Fiocruz, Butantan e Conselho Nacional de Saúde. Analisaram diretrizes éticas de 13 conselhos federais da saúde, nos quais encontraram normas relativas à publicidade diante do avanço das tecnologias. Este estudo busca responder à questão sobre quais são as diretrizes das entidades nacionais de medicina para a comunicação dos seus profissionais sobre saúde nas plataformas. Tais estratégias podem balizar o enfrentamento da desinformação e terem capilaridade no território. Destaca-se que no período da pandemia de Covid-19, algumas entidades médicas protagonizaram controvérsias científicas (2). O mapeamento foi conduzido em 2025, após o CFM suspender o direito ao exercício profissional de uma médica por defender a inexistência do câncer de mama. Os médicos foram apontados como as fontes mais confiáveis pelos brasileiros (3), sobretudo na busca por informações confiáveis para promoção da saúde.

OBJETIVO

O artigo tem o objetivo de mapear as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, Federação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Associação Brasileira de Educação Médica para comunicação da saúde em plataformas digitais diante do avanço da desinformação sobre a saúde. Secundariamente, pretende-se problematizar essas normativas à luz do direito à informação e à saúde, na perspectiva da saúde coletiva (4).

METODOLOGIA

Este estudo tem caráter exploratório (5) e qualitativo. Foi subsidiado por uma revisão de literatura acerca da desinformação e saúde, e sobre o direito à comunicação e à saúde (6). Realizou-se um estudo exploratório em cinco websites institucionais para: a) identificar a existência de normas éticas para comunicação dos seus integrantes no ambiente digital e b) se houve orientação sobre desinformação. Procedeu-se a uma análise documental das diretrizes encontradas e de normas elaboradas

1 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E-mail: pinpamela@gmail.com

por entidades reguladoras das plataformas. O mapeamento foi conduzido em 2025 e o critério de inclusão das entidades foi ser uma instituição da medicina, sem segmentação de especialidade, e com proposta de alcance nacional. Iniciativas de estudantes de medicina, entidades estaduais e ou municipais e instituições de especialidades médicas não foram incluídas. Os dados do mapeamento foram confrontados com o debate do direito à comunicação e à saúde.

RESULTADOS

O Conselho Federal de Medicina (CFM) foi o único a apresentar regras sobre o uso das plataformas digitais. A Resolução CFM Nº 2.336/2023 dispõe sobre publicidade e propaganda médicas e o relacionamento com a mídia. O documento tem uma abordagem mercadológica. Ele referencia o CFM como validador de procedimentos e técnicas e não cita a validação científica. A norma traz orientações para o ambiente digital sobre a proibição do médico de divulgar informações fora de sua especialidade; divulgar equipamentos ou medicamentos não registrados na ANVISA; induzir a garantia de resultados de produtos relacionados à prática médica; divulgar métodos não reconhecidos pelo CFM; divulgar conteúdo inverídico. A Federação Nacional dos Médicos publicou uma cartilha com orientações sobre a regra do CFM. Todas as entidades realizaram atividades direta ou indiretamente sobre a desinformação, seja a científica ou a sobre a saúde. No site da Federação Médica Brasileira (FMB) foram localizadas duas colunas na defesa da ciência, em 2020, em resposta ao posicionamento do presidente Jair Bolsonaro durante a pandemia e, em 2025, sobre o avanço da indústria da estética na medicina. A Associação Médica Brasileira (AMB) criou um e-book sobre sua atuação na pandemia e destacou a importância da ciência para a superação da crise sanitária. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) realizou um webinar, em 2021, sobre fake news. Nenhuma das entidades médicas apresentou ferramentas e ou canais de diálogo com a sociedade e ou tem canal para receber denúncias. Não foram observados movimentos de pressão dessas autoridades médicas para com as plataformas de redes sociais sobre a circulação de conteúdos contendo informações sabidamente falsas sobre temas sanitários.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O CFM é o agente fomentador de diretrizes éticas sobre o posicionamento dos médicos nas plataformas. A diretriz de 2023 aborda o marketing médico e não traz orientações sobre o diálogo com a população no ambiente digital. As diretrizes pressupõem uma lógica de emissão e recepção, entre os profissionais e os cidadãos, e desconsidera a interação, um dos pressupostos desses espaços. É recomendável a criação de espaços para denúncias de desvios dos profissionais nas plataformas e a articulação com as plataformas, para estabelecer protocolos de retirada de conteúdos que apresentem risco. O combate à desinformação na saúde deve ser visto como um pilar fundamental para garantir a efetividade das políticas públicas e a defesa do direito à saúde. A desmobilização da sociedade em torno do SUS pode ser um efeito da desinformação, tornando urgente a implementação de estratégias integradas para proteger a população dos impactos negativos das narrativas falsas.

REFERÊNCIAS

- (1) Pinto PA, Salomão SL, Bezerra AG da S. O SUS e a encruzilhada da desinformação sobre saúde: estratégias do contexto pós-pandêmico. *Organicom*. 2024;21(45):102-17. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/225113>
- (2) Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dossiê ABRASCO: Pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022.
- (3) Massarani L, Polino C, Moreira I, Fagundes V, Castelfranchi, Y. Confiança na Ciência no Brasil em tempos de pandemia: Resumo executivo. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Comunicação Pública da Ciência e Tecnologia; 2024.
- (4) Paim JS, Almeida FN. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299–316.
- (5) Saunders M, Lewis P, Thornhill, A. *Research methods for business students*. United Kingdom: Pearson Educational Harlow; 2019.
- (6) Stevanim LF, Murtinho, R. *Direito à Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.

MEMÓRIAS DAS CONSULTAS PÚBLICAS DOS 34 DSEIS: UM MARCO HISTÓRICO DA AGSUS NA SAÚDE INDÍGENA

Edson de Oliveira Pereira¹
Adriana Fernandes Carajá
Ana Luiza de Oliveira Andrade
Flávio Badaró Cotrim
Jéssica Camila de Sousa Rosa
Kellen Natalice Vilharva
Marciane Tapeba
Sarah Barbosa Segalla
Virginia Braga Fonseca

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde indígena no Brasil é uma questão de grande relevância e complexidade, marcada por desafios históricos para garantir um subsistema de saúde diferenciado — que respeite as especificidades culturais dos povos originários —, como determina a Constituição Federal de 1988(1). Apesar dos avanços do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), um importante desafio histórico para sua consolidação é a contratação de trabalhadores, que vinha sendo realizada através de Organizações Sociais (OSS) desde o início do subsistema. Esse modelo foi questionado e condenado pela justiça brasileira em 2007, devido a falhas na continuidade e na qualidade dos serviços ofertados. Como resposta à decisão judicial, o governo federal deu início a um processo de transição na contratação de trabalhadores para o SasiSUS, por intermédio da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS)(2).

Em coerência com um dos pontos de maior importância da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que é criar e assegurar espaços específicos destinados à participação e controle social para além daqueles já instituídos no Sistema Único de Saúde (SUS)(3), em 2024, a AgSUS iniciou um amplo trabalho de consulta pública aos povos e Conselhos de todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) existentes em todo território nacional, o que está documentado neste relato.

OBJETIVO

Documentar e analisar as contribuições das consultas públicas para o processo de transição na contratação de trabalhadores para o SASISUS. Além disso, busca-se preservar a memória das consultas, promover transparência, identificar desafios e oportunidades, fortalecer a participação indígena na

1

Universidade de Brasília (UNB). E-mail: edson.oliveira@agenciasus.org.br.

gestão da saúde e gerar conhecimento para subsidiar políticas públicas e pesquisas, visando um sistema de saúde mais justo e culturalmente adequado.

METODOLOGIA

De junho a novembro de 2024, a AgSUS realizou consultas públicas nos 34 DSEI, durante as quais as lideranças comunitárias e as/os conselheiras/os distritais trouxeram demandas dos povos de cada região. As contribuições foram categorizadas em nove eixos temáticos e sistematizadas. A partir dessas informações, foram elaboradas propostas para a transição da gestão da força de trabalho para a Agência, que orientaram as ações para implementação dos contratos, assegurando um atendimento de qualidade para os povos assistidos pelo SasiSUS(2).

RESULTADOS

O trabalho de escuta realizado nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) ampliou e qualificou a compreensão da AgSUS sobre os desafios e especificidades enfrentados nos territórios indígenas no âmbito do direito à saúde. As consultas públicas revelaram demandas e expectativas dos povos indígenas em relação à transição na contratação de trabalhadores dos DSEI. Destacam-se os seguintes temas: a necessidade de atenção integral à saúde, em relação às práticas tradicionais e à medicina indígena; melhores condições de trabalho e qualificação dos profissionais; fortalecimento do controle social e da participação indígena na gestão; maior articulação entre AgSUS e SESAI; e valorização dos saberes tradicionais. Esses resultados reforçam a importância da criação de espaços de diálogo intercultural e da participação popular indígena na construção de políticas públicas mais eficazes e culturalmente adequadas a cada contexto e população(3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As consultas públicas demonstraram a relevância da participação indígena na tomada de decisões, alinhada à Convenção 169 da OIT, que institui o direito à consulta pública dos povos originários a respeito de toda política que seja voltada para eles, e regulamenta que os encaminhamentos dessas consultas deverão ser considerados nos processos de decisão e de gestão das ações para os Povos(4). A partir dos documentos originados nas referidas consultas, a Agência pôde compilar os encaminhamentos e transformá-los em planos de ação específicos para cada um dos territórios consultados o fortalecimento do SasiSUS, enquanto um sistema justo e equitativo está vinculado ao respeito às especificidades culturais, à transparência na gestão e ao engajamento contínuo dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

- (1) 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.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Contrato de Gestão nº 2/2024. Processo nº 25000.137959/2024-14. Contrato de Gestão entre o Ministério da Saúde e a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS). Brasília, DF; 2024.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- (4) Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 169. 1989. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/node/513>.

MENTORÍA EN INVESTIGACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL: INFORME DE EXPERIENCIA DE FUNDACIÓN ETIKOS EN REPÚBLICA DOMINICANA

Olga Lucía Jape Collins¹

Julio Arturo Canario

Sorivel Sosa Hilario

INTRODUCCIÓN

En contextos de desigualdad estructural, las iniciativas de mentoría en investigación pueden convertirse en herramientas trascendentales para democratizar el conocimiento, fomentar la equidad en el acceso a redes académicas y promover el desarrollo profesional con perspectiva ética. La Fundación Etikos lanzó en 2024 un programa piloto de mentoría en investigación adaptado de la guía HERMES, elaborada por la OMS y TDR Global (1), contextualizada para la realidad social y académica de la República Dominicana. Este programa se enmarca en una visión holística del desarrollo profesional, integrando dimensiones técnicas, éticas, emocionales y culturales. A través del acompañamiento personalizado y la generación de redes de apoyo entre mentores y mentees, el programa busca fortalecer la producción científica con pertinencia social, facilitando el acceso a oportunidades formativas, creación de proyectos de investigación y proyección nacional e internacional de jóvenes investigadores. Este proceso cuenta con el respaldo del Consorcio TGHN LAC y la Fundación Etikos, con apoyo de Wellcome Trust (Subvención 226688/D/22/Z). La mentoría, concebida aquí como relación bidireccional y transformadora, ha permitido avanzar hacia una cultura académica más inclusiva y comprometida con los determinantes sociales de la salud (2,3).

OBJETIVO

Socializar la experiencia piloto del Programa de Mentoría en Investigación de la Fundación Etikos, destacando su enfoque integral, logros alcanzados, metodología de acompañamiento, desafíos enfrentados y proyecciones para su sostenibilidad e institucionalización en contextos latinoamericanos.

METODOLOGÍA

El programa fue inaugurado oficialmente el 30 de agosto de 2024, tras un riguroso proceso de convocatoria y selección. Se concibe como un proceso continuo, dinámico y adaptativo, actualmente conformado por 3 mentores y 8 mentees. La estructura se inspira en el ciclo propuesto por HERMES (1) (exploración, preparación, implementación y sostenibilidad), y se adapta a las particularidades del entorno dominicano. Las sesiones de mentoría se realizan en modalidad presencial y virtual, con reuniones periódicas, revisión colaborativa, asesoría en postulaciones a becas y programas internacionales,

1 Universidad Autónoma de Santo Domingo. E-mail: ojape92@uasd.edu.do

y orientación en temas de ética, manejo del tiempo y gestión del conocimiento. Se integran estrategias de seguimiento, evaluación cualitativa y cuantitativa, y sistematización de experiencias. La mentoría también ha incluido acompañamiento emocional, liderazgo, habilidades transversales y fortalecimiento de la escritura científica; ajustada a las realidades específicas de cada persona, reconociendo y valorando su contexto social, identitario y cultural.

El programa incorpora principios de justicia social mediante un enfoque ético sistemático, reflejado en el respeto por la autonomía de los participantes, la confidencialidad en los procesos de acompañamiento y el fomento de relaciones horizontales. Asimismo, se promueve la inclusión de personas con trayectorias diversas, aplicando una perspectiva de género e interculturalidad en la selección de participantes, la asignación de mentores y el diseño de planes individuales de desarrollo.

En menos de un año de ejecución, los resultados obtenidos evidencian el potencial transformador del programa. Entre los principales logros se destacan: aceptación de mentees en el programa de formación internacional PPCR de Harvard; adjudicación de la Beca de Investigación Ética Dr. Andrés Peralta Cornielle; presentación de investigaciones en el Simposio de Investigación Colaborativa 2024; obtención de primeros lugares en concursos de póster científico; incorporación de participantes como asistentes de investigación, asistentes de gestión de proyectos en instituciones académicas y de investigación de prestigio nacional; y diseño activo de investigaciones científicas relevantes para el contexto local(2). Además, los mentees han participado en actividades de formación para estudiantes del área de la salud, fortaleciendo la dimensión multiplicadora del programa. Uno de los testimonios recogidos sintetiza el impacto logrado: “Para mí, la mentoría de Etikos ha sido una oportunidad invaluable para mirar la investigación desde una perspectiva ética [...] Saber que los mentores están disponibles cuando se les necesita genera un gran respaldo”. Esta percepción ha sido reiterada por otros participantes y mentores, quienes valoran la comunicación constante, la horizontalidad en las relaciones y el sentido de comunidad generado.

CONSIDERACIONES

La mentoría en investigación representa una estrategia poderosa para fortalecer capacidades locales, ampliar horizontes académicos y promover justicia epistémica en salud. La experiencia de la Fundación Etikos confirma que es posible articular un modelo efectivo, flexible y replicable, con impacto tangible en la trayectoria de jóvenes investigadores en República Dominicana. La incorporación de elementos éticos, emocionales y contextuales fortalece el sentido de pertenencia, compromiso social y sostenibilidad del proceso. Se recomienda institucionalizar espacios de encuentro colectivo trimestral, fomentar la formación de nuevos mentores y desarrollar mecanismos de evaluación permanentes. Esta experiencia constituye una referencia replicable para otros países de América Latina que buscan democratizar la producción de conocimiento y avanzar hacia sistemas científicos más inclusivos, equitativos y transformadores.

REFERENCIAS

- (1) World Health Organization. Health research mentorship in low- and middle-income countries (HERMES): a TDR global practical guide to spur mentorship institutionalization. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/363381>
- (2) Fundación Etikos. Informe Simposio Investigación Colaborativa 2024. República Dominicana: Fundación Etikos; 2025.
- (3) Koven S. What is a mentor? N Engl J Med. 2024;390:683-685. doi: [10.1056/nejmp2313304](https://doi.org/10.1056/nejmp2313304).

MÍDIAS SOCIAIS COMO FERRAMENTA DE CONHECIMENTO PARA ADOLESCENTES: A EXPERIÊNCIA DO ADOLEQUÊ

Nicolle Silva de Menezes¹

Maria Marta de Oliveira Medeiros Correia

Juliana de Moura Rodrigues

Luciana Alves Paixão

Ana Beatriz da Costa Santiago de Almeida

Lídia Raquel da Conceição Nascimento

Thaiany de Moura dos Santos Ferreira

Jéssica da Cunha Campos

Tarciso Feijó da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As mídias sociais são ferramentas que possibilitam a comunicação entre indivíduos, instituições e coletivos por meio da internet, promovendo o compartilhamento de informações e conhecimentos em larga escala. No contexto da adolescência, o uso dessas plataformas é significativo, visto que essa fase do desenvolvimento é marcada pela necessidade de interação, pertencimento e descoberta de identidade. Estudos indicam que os adolescentes utilizam as mídias sociais não apenas para entretenimento, mas também como fonte de informação sobre saúde, sexualidade, bem-estar e desenvolvimento pessoal(1). Dessa forma, iniciativas que busquem utilizar essas plataformas para a disseminação de conteúdos científicos e educativos podem contribuir para a promoção da saúde e para a construção de conhecimentos fundamentados em evidências.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo apresentar a mídia social AdoleQUÊ, utilizada como ferramenta de divulgação de conhecimento para adolescentes no âmbito de um projeto de extensão universitária, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e disseminação de informações qualificadas sobre o desenvolvimento saudável.

METODOLOGIA

O AdoleQUÊ foi desenvolvido como uma estratégia digital de educação em saúde, sendo implementado nas plataformas Instagram e TikTok. A escolha dessas redes sociais se deu com base em sua popularidade entre adolescentes, permitindo ampla disseminação de conteúdo e interação com o público-alvo. O planejamento dos temas abordados foi baseado em três principais fontes: Interesses e dúvidas dos adolescentes identificados em interações presenciais em escolas e unidades básicas de

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: ncllmnzs@gmail.com

saúde; Temáticas emergentes das ações práticas do projeto, considerando as necessidades levantadas por educadores e profissionais de saúde; Mapeamento de conteúdos populares em plataformas não científicas, para identificar lacunas informacionais e promover a disseminação de conhecimentos embasados na ciência. As publicações são elaboradas por acadêmicos de enfermagem sob supervisão de docentes, utilizando linguagem acessível e recursos visuais atrativos, como vídeos educativos, quizzes interativos e postagens informativas. Além disso, são utilizadas estratégias como a interação por meio de mensagens, enquetes e transmissões ao vivo para fomentar o engajamento do público.

RESULTADOS

O AdoleQUÊ tem se consolidado como um espaço de referência para adolescentes que buscam informações sobre saúde, desenvolvimento e bem-estar. Entre os principais temas abordados estão: puberdade, alimentação saudável, saúde mental, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, bullying, racismo, violência e direitos dos adolescentes. A interação com os seguidores evidencia o impacto da iniciativa, demonstrado pelo número de mensagens recebidas, perguntas enviadas e compartilhamentos de conteúdos. Além disso, a plataforma tem possibilitado a criação de um ambiente seguro para discussões sobre temas sensíveis, permitindo que os adolescentes expressem suas dúvidas e preocupações sem medo de julgamento. Outro aspecto relevante é a integração com os serviços de saúde. O projeto incentiva os adolescentes a buscarem atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), fornecendo informações sobre os serviços disponíveis, como consultas de enfermagem e acompanhamento psicossocial. Dessa forma, o AdoleQUÊ atua como um elo entre os jovens e a rede de atenção integral à saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A adolescência é um período crucial para a formação de hábitos e atitudes que impactarão a vida adulta. Acesso a informações de qualidade sobre saúde e bem-estar é essencial para a tomada de decisões conscientes e para a prevenção de agravos(2). No entanto, pesquisas apontam que muitos adolescentes ainda enfrentam dificuldades para obter informações confiáveis sobre temas relacionados ao seu desenvolvimento(3). O uso de mídias sociais na promoção da saúde tem se mostrado uma estratégia eficaz, pois permite que os conteúdos cheguem diretamente ao público-alvo de forma acessível e dinâmica(4). Além disso, a interatividade proporcionada por essas plataformas possibilita um aprendizado ativo, no qual os adolescentes podem participar da construção do conhecimento, tirando dúvidas e compartilhando experiências. Iniciativas como o AdoleQUÊ contribuem para a educação em saúde de maneira inclusiva e inovadora, alinhando-se às Diretrizes de Política para a Aprendizagem Móvel da UNESCO(5). Essas diretrizes ressaltam a importância do uso de tecnologias digitais na educação e apontam as mídias sociais como ferramentas estratégicas para ampliar o acesso ao conhecimento e reduzir desigualdades no acesso à informação. Além disso, a literatura destaca que projetos de promoção da saúde voltados para adolescentes devem ser pautados na construção de vínculos e na escuta qualificada, promovendo espaços de diálogo horizontal e livre de estigmas(6). O

AdoleQUÊ incorpora esses princípios ao adotar uma abordagem dialógica e participativa, permitindo que os adolescentes tenham voz ativa na definição dos temas abordados e na construção dos conteúdos.

O uso de mídias sociais como ferramenta de divulgação de conhecimento pautado na ciência tem se mostrado uma estratégia inovadora e eficaz na promoção da saúde de adolescentes. O projeto AdoleQUÊ tem desempenhado um papel fundamental ao ampliar o acesso a informações qualificadas, contribuir para a formação cidadã dos jovens e fortalecer sua conexão com os serviços de saúde. Os resultados indicam que iniciativas desse tipo podem ser expandidas e replicadas em diferentes contextos, reforçando a importância da integração entre educação, saúde e tecnologia na construção de estratégias de promoção da saúde. A partir dessa experiência, destaca-se a necessidade de investimentos contínuos em ações que utilizem as mídias digitais para fortalecer o protagonismo juvenil e fomentar a educação em saúde de forma acessível, interativa e baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

- (1) Lima MAG, Monteiro CFS, Machado MH, Gubert FA, Nogueira LMV, Silva Júnior AG. Impacto das mídias sociais nas ações de educação em saúde voltadas à população. *Res Soc Dev*. 2021;10(2):e10810212231.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- (3) Simões APN. Áreas críticas da promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes: contributo para uma intervenção de enfermagem [dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2021.
- (4) Gasque KCGD. Internet, mídias sociais e as unidades de informação: foco no ensino-aprendizagem. *Braz J Inf Stud*. 2016;10(2):14-20.
- (5) França T, Rocha DG, Aguiar MM, Pessoa VM, Lacerda JT, Viana ALD. As mídias e as plataformas digitais no campo da educação permanente em saúde: debates e propostas. *Saúde Debate*. 2019;43(spe1):106-15.
- (6) Silva RF, Engstrom EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface (Botucatu)*. 2020;24(Supl 1):e190548.

MONITORES DA PESQUISA DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A DIVERSIDADE COMO DISPOSITIVO DE APRENDIZAGEM

William Pereira Santos¹

Tânia Aparecida de Araújo

Daniel da Silva Fernandes

Tatiane da Rosa Vasconcelos

Alcindo Antônio Ferla

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O projeto de pesquisa “Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde”, criado em 2019 pela Associação Rede Unida e Conselho Nacional de Saúde para pesquisar a participação social nas conferências de saúde, disponibiliza um curso para a formação de monitores selecionados por meio de Edital Público. Os monitores são estudantes vinculados aos cursos de graduação e pós-graduação (especialização, residência, mestrado, doutorado e pós-doutorado) e, durante a etapa das conferências nacionais, apoiam o projeto com a coleta de dados dos participantes de diversos segmentos². Esses dados, depois de tratados e analisados, compõem relatórios técnicos e demais produções técnico-científicas. Logo, os registros contribuem com a responsabilidade na devolutiva dos resultados do projeto à sociedade, bem como permitem observar um tempo histórico com a temática da participação e do controle social nas conferências de saúde. Este manuscrito se debruça sobre a análise do perfil dos monitores, que são estudantes que apoiam a pesquisa, e a configuração pedagógica do processo formativo^(1,2).

OBJETIVO

Apresentar o perfil dos monitores selecionados para atuação na 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4ª CNGTES), que ocorreu em Brasília, DF, em dezembro de 2024, destacando as estratégias de seleção e a configuração pedagógica do curso de formação ofertado aos monitores.

METODOLOGIA

Análise das informações sociodemográficas dos monitores, coletadas a partir do banco de dados formulado com base nas informações autodeclaradas durante o processo de seleção para a vaga de monitoria e confirmadas no momento da matrícula no curso de formação. Para a análise descritiva dos dados, utilizou-se o software Stata[®]. Os dados foram apresentados frequências absolutas (n) e relativas (%), com o objetivo de caracterizar o perfil dos monitores. A salvaguarda do banco de dados pertence

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.com.

à Associação Rede Unida e ao Conselho Nacional de Saúde, instituições mantenedoras do projeto de pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pela CONEP (CAAE nº 14851419.0.0000.0008).

RESULTADOS

O processo de seleção dos monitores para atuação na 4ª CNGTES foi divulgado na página oficial do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A ampla divulgação pública tem o objetivo de garantir uma seleção democrática e transparente, permitindo a participação de estudantes de diversas formações acadêmicas e regiões do Brasil. A seleção tornou pública as principais atribuições dos monitores: I) Apoio logístico e técnico nas etapas e atividades presenciais da 4ª CNGTES; II) coleta de dados por meio da aplicação de questionários, realização de entrevistas e observação sistemática das atividades da Conferência; III) análise de dados e contribuição de um panorama abrangente sobre a participação social nas conferências de saúde. Foi ofertado o total de 80 vagas (50 para titulares e 30 para suplentes) e para concorrer, os candidatos interessados deveriam atender a alguns requisitos, como: estar matriculado em curso de graduação (licenciatura ou bacharelado), residência em saúde ou pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado)². A seleção dos monitores foi feita pela equipe de coordenação da pesquisa vinculada ao projeto de pesquisa. Os monitores selecionados, antes da etapa prática na 4ª CNGTES (Brasília, DF), participam de um processo de formação. A edição de 2024 do curso de formação foi intitulada “Saúde, democracia e gestão da educação e do trabalho em saúde: gente que cuida de gente e precisa ser cuidado como gente”, nome que faz alusão ao slogan da 4ª CNGTES e reforça a importância do cuidado em saúde a todas as pessoas². O curso teve como objetivo preparar os monitores para atuar nas atividades propostas pelo projeto e na etapa pós-conferência e para estruturar um pensamento sobre o trabalho em saúde e a participação social. Foi ministrado no formato híbrido, com aulas entre novembro e dezembro de 2024, totalizando 115 horas de formação. As atividades on-line foram realizadas por meio do Ambiente Virtual da Fiocruz Amazônia, permitindo maior flexibilidade e acesso ao conteúdo. O planejamento do curso ofertou conteúdos com abordagens interdisciplinares alinhadas à participação social no campo da saúde pública^{1,2}. A distribuição sociodemográfica dos monitores matriculados no curso de formação revelou o seguinte perfil: a maioria dos monitores é do sexo feminino (75,41%; n=45), enquanto 24,59% (n=15) são do sexo masculino. A faixa etária predominante é de 20 a 29 anos, com 67,21% (n=41) dos participantes. As faixas etárias seguintes são compostas por 16,39% (n=10) na faixa de 30 a 39 anos, 13,11% (n=8) entre 40 e 49 anos, e 3,28% (n=2) estão na faixa de 50 a 59 anos. Sobre a identidade de gênero, a maior parte dos monitores se identificou como mulher cis (77,05%; n=47). Homem cis corresponde a 21,31% (n=13), e 1,64% (n=1) se identificou como não binário. Com relação à orientação sexual, a maioria dos monitores se identifica como heterossexual (70,49%; n=43), seguido por bissexual com 11,48% (n=7). Gays representam 9,84% (n=6), e 3,28% (n=2) se identificaram com a opção outro. 4,92% (n=3) optaram por não responder. Sobre o quesito raça/cor da pele, a maioria dos monitores se autodeclarou parda (47,54%; n=29), enquanto 42,62% (n=26) se identificaram como brancos. A categoria de pessoas pretas teve 6,56% (n=4), e 1,64% (n=1) se identificou como amarela e 1,64% como indígena (n=1).

A grande maioria dos monitores não declarou ter deficiência (95,08%; n=58), enquanto 4,92% (n=3) se declararam com deficiência. Com relação ao estado de residência, a maioria dos monitores reside Distrito Federal (39,34%; n=24), seguido por Goiás e Rio de Janeiro (6,56%; n=4 monitores em cada estado); Bahia, Minas Gerais, Paraná, Pará e Rio Grande do Sul (4,92%; n=3 em cada estado); Amazonas, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte e São Paulo (3,28%; n=2 em cada estado); Ceará, Mato Grosso, Santa Catarina e Sergipe (1,64%; n=1 em cada estado). As diversidades do perfil dos monitores favoreceram um olhar interdisciplinar e crítico sobre os debates e deliberações ocorridos na Conferência, conforme registram os materiais produzidos durante as diferentes etapas do projeto.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A diversidade do perfil dos monitores reflete o alcance do projeto e da seleção à vaga de monitoria em diferentes partes do país, bem como mostra a representatividade das diferentes regiões do Brasil. Já a formação ofertada foi fundamental para preparar os monitores a uma atuação mais reflexiva sobre o SUS e a participação social nas conferências de saúde. A experiência mostra que os espaços de participação e controle social permitem aproximações da formação profissional, tanto nas atividades de ensino, como de pesquisa e extensão, que ampliam as questões e capacidades profissionais para atuação na saúde, assim como interferem no desenvolvimento pessoal, com ampliação da escuta e respeito às diversidades dos territórios.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos WP, Baptista GC, Silva FV, Oliveira PVB, Ferla AA, organizadores. Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024.
- (2) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Chamada Pública Nº 001–Pesquisa/2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/CHAMADAPUBLICA_N001Pesquisa2024Editalde_241003_063042.pdf.

MOVIMENTOS SOCIAIS E BANCO MUNDIAL: PROPOSTAS EM DISPUTA PELA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NA ARGENTINA

Bruno Gonçalves Gavião¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil e na Argentina vem sendo atacada por políticas neoliberais que promovem sua mercantilização, desafiando seu caráter de direito social. A privatização expõe a ferocidade do setor privado para acessar recursos públicos, em contextos de imperialismo (1) e dependência econômica (2) na qual influências de organismos, como o Banco Mundial, impõem diretrizes às políticas da globais de saúde (3). No Brasil e na Argentina, a saúde tornou-se bandeira da classe trabalhadora desde o início do século XX. Mesmo antes da formalização do direito universal à saúde — nos anos 1940 na Argentina e 1990 no Brasil — o avanço neoliberal já impulsionava a sua privatização. Em ambos os países, movimentos sociais como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) e a *Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina* (FESPROSA) surgem na resistência, defendendo um sistema público, gratuito e estatal. Assim, apresentaremos brevemente essas propostas que compõem parte dos resultados da pesquisa realizada para a dissertação de mestrado.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar as diretrizes do Banco Mundial e as propostas dos movimentos sociais no Brasil e na Argentina, no período de 2010 a 2023, identificando as disputas em torno da privatização dos sistemas de saúde pública e as estratégias de resistência a essas políticas neoliberais.

METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem documental, caracterizando-se como exploratória e descritiva, com o intuito de mapear e analisar as diretrizes do Banco Mundial e as propostas dos movimentos sociais em relação aos sistemas de saúde pública na Argentina e no Brasil. Para isso, foram selecionados quatro documentos publicados pelo Banco Mundial entre 2010 e 2023, que tratam das políticas de saúde nos dois países. Esses documentos foram analisados para identificar objetivos, ações e metas, destacando as diretrizes relacionadas à privatização dos serviços de saúde. Dos movimentos sociais, a FNCPS no Brasil e a FESPROSA na Argentina, buscamos nos manifestos, informativos, e outros materiais ações e expressões que refletem as propostas dos movimentos, contra as privatizações e suas principais demandas em favor da saúde pública universal. A pesquisa seguiu uma metodologia de análise de conteúdo, buscando identificar e comparar os eixos temáticos centrais dessas propostas, como o papel do Estado, os modelos de gestão, a participação social e o financiamento da saúde pública.

1

E-mail: assistentesocialbrunogaviao@gmail.com

RESULTADOS

O Banco Mundial exerce forte influência nas políticas de saúde na América Latina, promovendo um modelo neoliberal que favorece a mercantilização e a participação privada, enfraquecendo o papel do Estado. No Brasil e na Argentina, suas propostas incluem (4) a expansão da Cobertura Universal de Saúde (CUS), o financiamento baseado em resultados em análises de custo-efetividade e a gestão público-privada. Essas reformas promovem a privatização indireta dos serviços, comprometendo a equidade, o acesso universal e a participação social. Assim, o sistema público aproxima-se de um modelo de mercado, prejudicando o direito à saúde como bem coletivo.

Os movimentos sociais FNCPS e FESPROSA resistem a essa agenda neoliberal. Embora com estruturas distintas, ambos lutam pela manutenção de sistemas universais, gratuitos e sob gestão estatal. Suas estratégias incluem mobilizações, greves, manifestações e atividades acadêmicas, defendendo um sistema público plenamente financiado pelo Estado (4). Suas propostas estão em contraposição à CUS e às parcerias público-privadas, propondo: fortalecimento da indústria nacional e tecnologias estatais; financiamento estatal próprio vinculado ao PIB, com aumento substancial de recursos e controle nacional; valorização do trabalho e do/a trabalhador/a da saúde, superando a lógica da precarização e do empreendedorismo; e ampliação da participação dos/as trabalhadores nas decisões. Além disso, defendem uma transformação social baseada na determinação social da saúde, na justiça social, na redução das desigualdades e na soberania sanitária, desafiando as diretrizes globais e promovendo uma saúde pública descolonizada e inclusiva.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa destacou a importância de defender a saúde como um direito universal, público e estatal, desafiando as narrativas neoliberais que promovem a mercantilização dos serviços. O trabalho revela as dinâmicas sociais e históricas que moldam a luta pela saúde pública nos dois países. A oposição à CUS é central, pois este modelo pode encobrir processos de privatização. O estudo também mapeou as propostas do Banco Mundial para o financiamento da saúde, que incluem pacotes de cobertura em parcerias público-privadas. Em contraste, os movimentos sociais defendem a consolidação dos sistemas públicos, estatais e universais de Saúde, por uma soberania, livre de imposições externas. Conclui-se que a construção de um sistema de saúde pública universal e de qualidade exige uma abordagem coletiva, baseada na articulação entre universidade, movimentos sociais e sociedade civil, fundamentada na justiça social e na autonomia regional.

REFERÊNCIAS

- (1) Lênin VI. O imperialismo: etapa superior do capitalismo. Campinas: UNICAMP; 2011.
- (2) Cueva A. O desenvolvimento do capitalismo na América Latina. São Paulo: Global; 1983.
- (3) Basile G, Feo Istúriz, O. Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. 2022.
- (4) Gavião BG. A saúde não está à venda: a defesa do direito e do acesso universal a serviços de saúde na Argentina e Brasil [Dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2024.

NECESSIDADES DE SAÚDE DE ADOLESCENTES ESCOLARES E REDES DE APOIO: REVISÃO INTEGRATIVA

Juliana de Moura Rodrigues¹

Nicolle Silva de Menezes

Bruno Santos Moreira

Caroline Fernandes de Oliveira

Thaiany de Moura dos Santos Ferreira

Lídia Raquel da Conceição Nascimento

Maria Marta de Oliveira Medeiros Correia

Sabrina Epifania Rodrigues

Lívia Fajin de Mello

Tarciso Feijó da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As necessidades de saúde dos adolescentes escolares vão além do cuidado clínico, abrangendo dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais. Essa fase da vida é marcada por desafios específicos que, se não forem adequadamente enfrentados, podem comprometer o desenvolvimento integral e a qualidade de vida (1). Trata-se de um período de construção identitária permeado por questões sociais, religiosas, econômicas e culturais (1). As barreiras de acesso enfrentadas por adolescentes na rede de atenção à saúde refletem tais desafios e impõem à Atenção Primária à Saúde (APS) e à escola a responsabilidade de formular estratégias que garantam a integralidade do cuidado.² Contudo, a efetivação desse cuidado não se restringe à identificação das necessidades de saúde, mas se amplia pelas interações sociais e vínculos estabelecidos(2). A ausência de uma rede de apoio estruturada potencializa vulnerabilidades e afeta o bem-estar dos jovens. Portanto, compreender as necessidades dos adolescentes e avaliar criticamente as redes de apoio disponíveis são passos essenciais para o planejamento de ações integradas entre saúde e educação.

OBJETIVO

Identificar e analisar na literatura (inter)nacional as necessidades de saúde dos adolescentes escolares, bem como examinar e avaliar criticamente as redes de apoio disponíveis para garantir a integralidade do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas principais bases de dados científicas, incluindo artigos publicados entre 2018 e 2023. A delimitação temporal considerou o plano de ação

1

E-mail: juhmro18@gmail.com

2018-2030 da OPAS, que reconhece o espaço escolar como plataforma estratégica para o cuidado em saúde. Foram incluídos artigos originais, de natureza qualitativa e quantitativa, que abordassem necessidades de saúde e redes de apoio de adolescentes no contexto escolar. A seleção seguiu critérios previamente definidos, contemplando artigos disponíveis na íntegra em todos os idiomas. A análise buscou sintetizar evidências relevantes para a prática em saúde, visando à construção de intervenções baseadas em dados. Utilizou-se o software UCINET para a representação gráfica das necessidades e das redes de apoio identificadas.

RESULTADOS

O conceito de necessidade de saúde é multifacetado, articulando-se com as trajetórias de vida e com os determinantes sociais da saúde. A adolescência, como etapa de transição, expõe os jovens a transformações intensas que podem desencadear sofrimento e vulnerabilidade. Entre as principais necessidades identificadas destacam-se o cuidado com a saúde mental e o fortalecimento das relações familiares. Fatores como vulnerabilidade escolar, isolamento social, experiências de violência e bullying foram recorrentes na literatura, evidenciando impactos significativos no cotidiano e nas condições de saúde dos adolescentes. A carência de suporte adequado agrava esses fatores, resultando em sofrimento psíquico, insônia, solidão e comportamentos autolesivos. As redes de apoio, tanto formais quanto informais, emergem como elementos essenciais para a promoção do bem-estar. A família e a escola são reconhecidas como núcleos centrais de suporte, enquanto os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) ofertam acolhimento especializado e favorecem o vínculo terapêutico. Além disso, as redes sociais virtuais foram identificadas como ferramentas de apoio emocional e de conexão com amigos e familiares. Tais redes, ao colaborarem na integralidade do cuidado, ampliam as possibilidades de acolhimento e atuam na construção de uma atenção mais humanizada, fortalecendo ações intersetoriais e potencializando a qualidade de vida dos adolescentes(3-6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As necessidades de saúde dos adolescentes transcendem o âmbito clínico e englobam dimensões emocionais, sociais, econômicas e culturais. A adolescência é uma fase sensível de desenvolvimento, marcada por profundas transformações que exigem atenção integral e contínua. A ausência de políticas públicas eficazes voltadas para adolescentes escolares evidencia lacunas significativas na promoção da saúde dessa população. Assim, é essencial fortalecer as redes de apoio, tanto formais quanto informais, por meio de estratégias intersetoriais que articulem ações entre saúde e educação. A construção de vínculos, o acolhimento humanizado e a ampliação do acesso são fundamentais para garantir um cuidado qualificado e transformador, que considere as singularidades dessa fase da vida.

REFERÊNCIAS

- (1) Souza C, Silva DNH. Adolescência em debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. *Psicol Estud.* 2018;23:e2303.
- (2) Souza VD *et al.* Barreiras de acesso aos serviços de saúde aos adolescentes com HIV/AIDS. *Nursing.* 2022;25(285):7134-50.
- (3) Freitas GC *et al.* "Necessidade de saúde": reflexões acerca da (in)definição de um conceito. *Saude Soc.* 2022;31(1):e200983.
- (4) Sousa CMS *et al.* Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2020;54(33):1-10.
- (5) Borghi CA *et al.* Uso das redes sociais virtuais como instrumento de cuidado para adolescentes hospitalizados. *Esc Anna Nery.* 2018;22(1):1-7.
- (6) Pizzinato A *et al.* Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. *Estud Psicol.* 2018;23(2):145-56.

“NOIZ É NÓIA, MAS É JÓIA!”: A EDUCAÇÃO SOBRE DROGAS COMO INSTRUMENTO DE UMA REDUÇÃO DE DANOS (RD) EMANCIPATÓRIA E ANTIPROIBICIONISTA

Raphael Braibante Flores¹

Jean Corrêa dos Santos

Amilton Schir

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Na história, as substâncias psicoativas (SPAs) estavam presentes em todas as sociedades, através dos alimentos-droga, como o chá, café, cacau e açúcar, ou de espécies como álcool, maconha, ópio e tabaco [1]. Longe da visão unívoca das drogas como problema, estas foram vistas enquanto potência, seja no âmbito ritualístico-religioso, entendidas como plantas de poder, seja no âmbito profano, no contexto de festas, lazer ou descanso. O advento da tecnociência trouxe um sem fim de novos compostos, sendo alguns deles proscritos, em consonância aos interesses políticos e econômicos das forças neoliberais e outros prescritos, como medicamentos.

A proibição tem importância estratégica de controle sobre territórios periféricos, encarceramento e manutenção de uma estrutura sociopolítica incapaz de garantir direitos básicos como moradia, saneamento, educação, saúde e trabalho. Ao invés de incrementos na saúde e na segurança pública, ela traz violência, morte, marginalização dos usuários, falta de controle de qualidade e dificuldades em pesquisas e acesso a tratamentos com uso de SPAs. Assim, a RD disputa território com uma visão que coloca a abstenção como única alternativa em saúde possível e defende a autonomia do sujeito, entendendo a educação como instrumento central, capaz de ampliar a capacidade de intervenção sobre si mesmo e o contexto [2].

OBJETIVO

Discutir o papel da educação sobre drogas na construção de uma redução de danos emancipatória e antiproibicionista. Produzir material para intervenções em rede em ambientes de uso e no contexto de festas trazendo informações sobre características das substâncias, formas de apresentação, classificação, duração dos efeitos, consequências da proibição, ação no organismo, repercussões esperadas e indesejadas, estratégias de cuidado e possíveis riscos à saúde.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, de natureza exploratória, fundamentado em revisão narrativa da literatura e na elaboração de material educativo que será usado em uma pesquisa-ação em contexto festivo. A investigação se concentra no diagnóstico do problema e no planejamento de ações, sendo realizada

¹ Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: raphael.braibante@gmail.com

posteriormente a implementação, observação e análise dos impactos e resultados e a sugestão de melhorias, em um fluxo contínuo [3]. A proposta vai de encontro à ideia de Mergler, citada por Minayo [4], de ecossistema, em que pesquisador e pesquisados se integram, favorecendo a apropriação das descobertas e a formação de recursos humanos.

As informações foram reunidas com base em conhecimentos empíricos, análise das proposições de coletivos de RD de referência no Brasil, revisão da literatura e acesso ao site erowid, importante base de dados sobre SPAs. Elegeram-se as drogas estabelecendo como critério a frequência de uso em festas, a saber: álcool, tabaco, maconha, ecstasy, cocaína, LSD, inalantes e quetamina.

RESULTADOS

O currículo escolar é um espaço político-ideológico. A correlação de forças impõem hoje um viés proibicionista, a exemplo de iniciativas como o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), que tem como máxima: “diga não às drogas” e como método a imposição de medo e constrangimento. Esta abordagem coloca a questão das interações com as substâncias como um fenômeno ahistórico e microssocial, minimiza os danos causados por substâncias lícitas, não se propõem a discutir fatores de vulnerabilidade e de proteção e não fornece informações acerca das propriedades farmacológicas e estratégias de redução de danos [5].

Uma abordagem emancipatória, na perspectiva Freireana, conforme citado por Adade e Monteiro [5], seria aquela que privilegia uma relação dialógica e um pensamento crítico, levando em conta a realidade, cosmovisão, repertório e práticas do sujeito. Não se trata aqui de impor, à maneira colonizante, um jeito certo ou mais adequado de se comportar em relação às drogas, mas de perceber e atuar nas lacunas herdadas pelo discurso hegemônico, aportando informações e desenvolvendo soluções conjuntas em um processo que se retroalimenta. Trata-se ainda, de transcender a ideia de saúde enquanto ganho em quantidade da vida, considerando também o fator qualitativo “desejo”, que se refere à intensidade e ao gozo de viver [2].

Assim, o material informativo não se esgota em si mesmo, mas tem a função de despertar a curiosidade e abrir espaços de troca. Para além das cartilhas citadas, reuniu-se material sobre a interação entre substâncias, alertando para combinações que oferecem risco à integridade física e psicológica e acerca da classificação das drogas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É preciso conceber novas epistemes e tecnologias para abordar a questão das drogas na contemporaneidade de maneira a garantir à saúde, em especial àqueles que são afetados de maneira direta pela “guerra às drogas”. Nesta empreitada, a educação é basilar, é por meio dela que se constroem sujeitos capazes de refletir criticamente suas ações e posição na sociedade e incidir de maneira individual e coletiva para operar mudanças. Para o exercício da autonomia, no entanto, é necessário o pleno gozo das garantias do estado democrático de direito, bem como uma ação política organizada que paute

a descriminalização e legalização das drogas, a desmilitarização da polícia, a desinstitucionalização do tratamento de alcoolismo e dependência química, o reconhecimento da redução de danos como política oficial de saúde pública e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- (1) Carneiro H. Drogas: A História do Proibicionismo. São Paulo: Editora Autonomia Literária; 2018.
- (2) Campos GWdS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In: Campos GWS et al, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 39–78.*
- (3) Appolinário F. Dicionário de metodologia científica. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas; 2011.
- (4) Minayo MCS. Saúde e ambiente: uma relação necessária. *In: Campos GWS et al, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 79–108.*
- (5) Adade M, Monteiro S. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. *Educ. Pesqui.* 2014;40(1):215–230.

NOVELAS DO CAPS: A PRODUÇÃO AUDIOVISUAL COMO FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL E CUIDADO COLETIVO EM SAÚDE MENTAL

Fábio Ramos Teixeira¹
Érico Bruno Viana Campos
Edson Olivari de Castro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os avanços conquistados pela reforma psiquiátrica brasileira a partir do combate ao manicômio provocaram um rearranjo de forças, políticas e práticas em saúde mental. Entre as atividades realizadas nos equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, as oficinas terapêuticas consistem em atividades grupais que visam “a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania” [1,p. 20], dividindo-se em oficinas expressivas (espaços de expressão plástica, corporal, verbal, musical), geradoras de renda ou de alfabetização.

Quais as potencialidades e os perigos à espreita das oficinas nos serviços de saúde mental? No âmbito da literatura nacional, tem sido denunciado o uso de atividades terapêuticas para reprodução de estratégias de homogeneização dos tratamentos e assujeitamento da população usuária [2]. A fim de enfrentar coletivamente tais lógicas de silenciamento, o presente relato reivindica as oficinas terapêuticas como intervenções territoriais capazes de ampliar a participação ativa dos usuários na construção de seu cuidado e romper com as cristalizações das relações de poder e saber cotidianas, que automatizam as lógicas de cuidado e enfraquecem a potência de viver dos participantes dessas práticas.

OBJETIVO

Refletir sobre o processo de produção audiovisual como ferramenta de transformação social e de participação ativa de usuários de um serviço de saúde mental na construção de um cuidado coletivo. A tentativa de negar a imagem dos usuários como incapazes e promover práticas de cooperação, reconhecimento, solidariedade e pertencimento será privilegiada, assim como os efeitos dos curtas-metragens nos participantes, no serviço e no território.

METODOLOGIA

A experiência está vinculada à pesquisa de mestrado que visa caracterizar o uso de oficinas terapêuticas como dispositivos clínico-políticos. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, isto é, um estudo participativo que busca a interferência coletiva na criação de micropolíticas de transformação

1 Universidade Estadual Paulista. E-mail: fabio.r.teixeira@unesp.br

social. Para tanto, pesquisadores e pesquisados são “co-autores do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de caminhos para o enfrentamento e solução das questões” [3, p. 652].

Participaram da pesquisa os usuários de um CAPS I, situado em uma cidade do interior de São Paulo com cerca de 50 mil habitantes, que frequentaram as oficinas conduzidas pelo pesquisador em parceria com a equipe técnica do serviço. A coleta de dados ocorreu durante 9 meses ao longo de 2024. Os atores envolvidos neste relato são o pesquisador, a terapeuta ocupacional e a psicóloga da instituição, junto aos 15 usuários participantes de duas oficinas expressivas semanais de 1h30min de duração. Ambos grupos são compostos exclusivamente por homens cis adultos, que vivenciam efeitos de longos períodos de institucionalização e desemprego, moradores de abrigos ou beneficiários de programas assistenciais.

RESULTADOS

A proposta audiovisual surgiu quando um usuário pediu ajuda para filmar a “novela” roteirizada em seu caderno pessoal. Foi exibido o episódio “Ladrão da Vila”, do seriado Chaves, por dialogar com o roteiro e com um tema recorrente nas oficinas: a discriminação. Inspirado pelo episódio, o grupo roteirizou e encenou situações autobiográficas que denunciam o estigma da loucura, como a mobilização de fregueses para defender um suposto ladrão. Um dos personagens, o “homem-formiga”, ganhou centralidade ao se reinventar diante da câmera como alguém fortalecido pelo coletivo. O curta foi intitulado “Tudo Nós, A Viagem”, e um pôster foi criado. Exibido durante o Dia da Luta Antimanicomial, o curta repercutiu entre os participantes, que passaram a visitar-se, gravar novos vídeos e trocar experiências. O roteirista da novela transformou sua história de vida em um fanzine, que imprime no CAPS e comercializa no território.

Inspirado por essa experiência, o segundo grupo produziu a novela “Feliz no CAPS”, abordando trajetórias de trabalho, internações e moradia. Em uma cena, é encenada a negligência sofrida em um banco por ser usuário do CAPS. Outra, baseada em fatos reais, revela a organização dos internos para enfrentar um enfermeiro violento durante uma internação psiquiátrica. As gravações mobilizaram encontros inéditos, como um café coletivo na residência terapêutica (SRT) e a celebração de aniversário de um participante. Com apoio da equipe e dos colegas, um usuário conquistou sua independência habitacional. Na exibição do documentário, surgiram ideias de divulgá-lo à prefeitura e à mídia local. Desde então, os dois grupos se unificaram e seguem produzindo juntos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Desde sua concepção até seus efeitos no contexto institucional, as novelas deram voz às histórias dos protagonistas e produziram rupturas nas relações de poder e saber que aprisionam determinados indivíduos no campo da periculosidade e incapacidade [4]. O enfrentamento de violências durante as encenações, a ajuda mútua para gravação, a divulgação dos curtas-metragens, a circulação de um fanzine autoral e a produção de encontros inéditos revelam efeitos da promoção de práticas

de cooperação, solidariedade e pertencimento que ultrapassam o campo terapêutico e incidem no território. Tais resultados apontam para a produção de saúde, isto é, o fortalecimento da capacidade de criar normas de vida e de enfrentar coletivamente o processo histórico de produção de adversidades [5]. Abrindo brechas nos muros do CAPS e das atividades terapêuticas automatizadas, a experiência reinventou modos de existir em comum, afirmando a potencialidade das oficinas como ferramentas de transformação social e participação ativa dos usuários na construção de seu cuidado.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS; 2004.
- [2] Cedraz A, Dimenstein M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. Rev. Mal-Estar Subj. 2005;5(2):300-327
- [3] Aguiar KF de, Rocha ML da. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. Psicol cienc prof. 2007;27(4):648-63.
- [4] Machado, AM. Quando a escrita toca a produção institucional em um trabalho de extensão universitária [livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2021.
- [5] Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

O ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO COMPONENTE CURRICULAR DE SAÚDE COLETIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UNEB

Ana Victoria Santos dos Reis¹

Adriana Silva Raiol

Daniely Alves de Oliveira

Hanna dos Anjos Gomes

Marcos Vinícius Lobo Milhor

Magno Mercês Weyll Pimentel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Sabe-se que o acesso à saúde é um direito universal garantido pela Constituição Federal do Brasil de 1988(1). Contudo, na prática, há barreiras significativas que dificultam a sua efetivação para grupos historicamente marginalizados, como as pessoas transexuais e travestis. No Brasil, assim como em diversas regiões do mundo, esses indivíduos enfrentam desafios que vão desde a discriminação estrutural até a inadequação de serviços de saúde às suas demandas específicas. A narrativa emerge de um contexto social e cultural marcado por desigualdades, em que as questões de gênero e identidade têm grande impacto sobre a qualidade e equidade nos serviços prestados, o que leva essa população a buscar alternativas prejudiciais à saúde, como a automedicação com hormônios não indicados para a terapia hormonal(2). Por outro lado, existem aspectos relacionados à sensibilidade dos profissionais, adequação das políticas públicas e iniciativas locais na Bahia que buscam promover a inclusão e o cuidado humanizado. Esta análise oferece uma perspectiva potente para compreender como o sistema de saúde pode, efetivamente, tornar-se mais acolhedor e eficaz para pessoas transexuais e travestis, ao mesmo tempo que aponta caminhos para superar lacunas e garantir direitos.

OBJETIVO

Este relato de experiência tem por objetivo destacar vivências e práticas que ilustram o acesso à saúde da população transexual e travesti, enfatizando tanto os avanços, quanto os desafios encontrados no acesso aos serviços de saúde qualificados para atender esse grupo. Essas pautas foram discutidas na disciplina de Saúde Coletiva I do curso de bacharelado em Medicina da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

METODOLOGIA

A disciplina de Saúde Coletiva I do curso de bacharelado em Medicina da UNEB aborda diversos temas relacionados ao acesso à saúde e à qualidade de vida da população, entre eles, o acesso

1 Universidade do Estado da Bahia E-mail: anavictoriareis@hotmail.com

aos serviços de saúde para pessoas transexuais e travestis. Nesse contexto, destaca-se o avanço na formação de profissionais para o atendimento desse público, por meio de equipes multiprofissionais que incluem médicos endocrinologistas e psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, buscando um atendimento cada vez mais humanizado por meio dos ambulatorios específicos para o acolhimento desses indivíduos. O marco histórico no acesso à saúde da população trans e travesti ocorreu com a Resolução 1482/1997 do Conselho Federal de Medicina, que aprova o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre as gônadas e os caracteres sexuais secundários. Entretanto, essa população enfrenta diversos problemas para acessar esses serviços especializados, uma vez que, em muitos municípios do país, não há profissionais capacitados para atender essas pessoas, e os ambulatorios transexualizadores encontram-se concentrados nas capitais, dificultando o acesso de pessoas trans e travestis das áreas interioranas(1). Além disso, o não fornecimento de hormônios indicados para a terapia hormonal faz com que essas pessoas, de forma alternativa, busquem a automedicação com produtos prejudiciais à saúde, o que pode acarretar em problemas futuros como problemas cardiovasculares e psíquicos. Para além dessa problemática, há dificuldades no acesso ao mercado de trabalho, o que dificulta na aquisição dos hormônios prescritos pelos médicos, fazendo com que essa população recorra a hormônios como anticoncepcionais que não são indicados para a TH, devidos os seus altos riscos de ocasionar trombose. Segundo relatório elaborado pela Associação Nacional de Transexuais e Travestis (ANTRA), 88% das empresas não estão preparadas para contratar profissionais transexuais e travestis, fazendo com que 90% dessa população sobreviva à margem da prostituição(2). Dessa forma, a discussão sobre o acesso à saúde da população trans e travesti é extremamente necessária, principalmente na formação de cursos da área da saúde. Essa temática é indispensável devido à exclusão e preconceito dirigidos a essa população nos serviços de saúde, que se iniciam desde o desrespeito ao uso do nome social na entrada dos serviços, até o atendimento nas consultas realizadas. Isso faz com que essas pessoas voltem ou deixem de acessar os serviços de saúde, dependendo do acolhimento e respeito oferecidos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise, na disciplina de SC, sobre o acesso à saúde da população trans e travesti evidencia avanços importantes, como a criação de ambulatorios especializados e a formação de equipes multiprofissionais. Contudo, foi percebido pelos discentes que persistem desafios estruturais, como a concentração desses serviços nas capitais e a falta de profissionais capacitados em áreas interioranas, agravando as desigualdades regionais. A automedicação com hormônios inseguros e as barreiras enfrentadas no mercado de trabalho ampliam as vulnerabilidades desse grupo, perpetuando exclusões sociais e sanitárias. É imprescindível fortalecer políticas públicas que assegurem a humanização do atendimento, desde o respeito ao nome social até a expansão dos serviços especializados para regiões menos assistidas. A inclusão desta discussão na formação de profissionais de saúde é essencial para combater preconceitos e promover o cuidado integral. Garantir acesso equitativo à saúde não é apenas uma questão técnica, mas um compromisso com a dignidade dessa população.

REFERÊNCIAS

- (1) Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº nº 1.482 /1997. Brasília, DF: CFM; 1997.
- (2) Benevides BG. Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2023. Brasília, DF: Antra; 2024 [acesso 12 janeiro 2025]. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2024/01/dossieantra2024-web.pdf>.

O CAMINHAR DO SUS: DEMOCRACIA OU BARBÁRIE

Jarbas Ricardo Almeida Cunha¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este Resumo Expandido propõe-se a sistematizar e a analisar o percurso do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, desde seu advento na Constituição Federal de 1988 até a atualidade de disputa em torno desse Sistema, destacando seus avanços democráticos e participativos assim como os retrocessos institucionais, em seu permanente exercício de efetivação na sociedade brasileira.

Pretende-se percorrer o histórico juspolítico de formação do SUS no Brasil analisando quatro fases: a) o período da redemocratização constitucional dos anos 1980; b) o neoliberalismo clássico dos anos 1990; c) os anos do pós-neoliberalismo dos anos 2000 e; d) os tempos atuais de disputa entre os ultraconservadores e o projeto popular e democrático.

O reflexo dessa trajetória agudiza-se no contexto hodierno com a disputa entre o projeto privatista e ultraconservador que limita e restringe os objetivos, princípios e diretrizes do SUS e o projeto de saúde pública como política de Estado com participação social.

OBJETIVO

Descrever o histórico da formação do SUS em nosso país, desde o ascenso de massas da redemocratização dos anos 1980 até a conjuntura atual de disputa entre os ultraconservadores liberais e os defensores de um sistema universal de saúde no Brasil, passando pelos avanços e retrocessos do sistema, pontuando a disputa entre privatismo e Estado na concepção do SUS.

METODOLOGIA

A metodologia empregada no desenvolvimento deste trabalho enquadra-se no que denominamos de metodologia dialética (2). Esta metodologia reconhece que o campo do Direito à Saúde se refere a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos e integrados e uma interação constante entre teoria e prática, para que ambas se alimentem reciprocamente, e se repensem.

As pesquisas dialéticas, frente à problemática da quantidade e qualidade em pesquisas científicas, podem ser sintetizadas no sentido de que qualidade e quantidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas (2).

Para esse objetivo metodológico, foram utilizados artigos científicos e, principalmente, livros publicados no Brasil que apresentassem os seguintes critérios: a) histórico de formação do SUS; b)

1

Universidade de Brasília. E-mail: jarbas.ricardo@yahoo.com.br

análise dos conflitos e disputas na trajetória do SUS; c) o embate ideológico das concepções liberais e estatais refletidas no SUS.

RESULTADOS

Na década de 1970 ativistas criaram entidades para a luta pela efetivação do direito à saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (3). Tal movimento encontrou eco nos anos 1980, em um contexto de ascenso de cidadania participativa. O êxtase foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) em que foram discutidas e aprovadas propostas para a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS), o que – dois anos depois (1988) – foi alçado ao corpo normativo mais importante da nação, a nossa Constituição Cidadã (4).

Nos anos 1990 a ideia de um modelo neoliberal com fartas privatizações, ajuste fiscal, corte de verbas e desemprego estrutural foi o grande desafio para a regulamentação do SUS, principalmente em relação ao seu orçamento e respectivos fóruns de participação popular (5).

Nos anos 2000 houve propostas para o fortalecimento do SUS, como o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, o Farmácia Popular, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e o Mais Médicos, mas – ao mesmo tempo – persistia o subfinanciamento crônico e a liberdade para a atuação do capital financeiro internacional (6).

Os setores privatistas conseguiram mobilizar a população para um golpe misógino contra a primeira presidente mulher de nosso país em 2016, o que abriu um flanco de neofascismo e necropolítica que vigeu entre 2018-2022, quando houve uma intenção governamental em propagar o vírus da COVID ocasionando 700 mil mortes (7).

Neste ano de 2025, em que se completam 37 anos de SUS, os tempos atuais são de extrema disputa entre o neofascismo e o projeto popular e democrático. Precisamos entoar os princípios, objetivos e diretrizes do SUS resgatando sua ideia original de democracia radical com participação popular.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O SUS talvez seja a maior política pública da história de nosso país. O direito universal à saúde, com integralidade e equidade, revolucionou o acesso à cidadania sanitária dos mais de 200 milhões de brasileiros que, antes do SUS, eram considerados -em sua maioria – um exército industrial de indigentes e lumpens. Com sua efetivação constitucional e consequente regulamentação, abriram-se as portas da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, atendendo todos os estratos sociais (8).

Porém, diante do crescimento da extrema-direita no Brasil (e também no mundo) – com ideias anti-SUS, precisamos resgatar a ideia original do Sistema Único de Saúde, ou seja, defendê-lo por meio de conferência públicas, debates e participação popular, resgatando seu orçamento e realizando uma

gestão progressista e combativa. Urge reativarmos um Partido Sanitário de novo tipo, capitaneado por ativistas e militantes por meio de uma Frente Ampla em defesa do Direito à Saúde via SUS. Este é o desafio de agora!

REFERÊNCIAS

- (1) Rother ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. *Acta Paulista Enferm.* 2007;20(2).
- (2) Minayo MC. O Desafio do Conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2016.
- (3) Paim JS. O Que É O SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- (4) Santos NR. SUS e Estado de Bem-Estar Social: perspectivas pós-pandemia. São Paulo: Hucitec; 2022.
- (5) Gentili P, Anderson P, Salama P. Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
- (6) Maringoni G; Medeiros J. Cinco Mil Dias: o Brasil na Era do Lulismo. São Paulo: Boitempo; 2017.
- (7) Proner C *et al.* A Resistência ao Golpe de 2016. Bauru: Práxis; 2016.
- (8) Santini LA, Bulcão C. SUS – Uma Biografia: lutas e conquistas da sociedade brasileira. Rio de Janeiro: Record; 2024.

O IMPACTO DA FRENTE PARLAMENTAR MISTA DA VACINA NO AUMENTO DA COBERTURA DE IMUNIZAÇÃO EM NITERÓI/RJ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rejane Carvalho Pereira Jácome¹

Emilene dos Santos Guimarães

Daniela Vogel de Souza

Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos

Karine Detes Canto

Juliana Machado Cerri

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde no território é uma estratégia essencial do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a cobertura vacinal. A organização do sistema ocorre por meio da descentralização com gestão compartilhada entre União, estados e municípios e da regionalização e hierarquização dos serviços, sendo a Atenção Básica a ordenadora do cuidado no SUS (1). Nesse cenário, destaca-se o Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por coordenar as ações de vacinação no país, desenvolvendo estratégias específicas para atingir todos os segmentos da população (2). Apesar dos esforços, observou-se uma queda na cobertura vacinal a partir de 2020, devido à desinformação sobre a segurança das vacinas, motivações ideológicas e à pandemia de COVID-19, que causou interrupções nos serviços e receio da população em buscar atendimento. O estado do Rio de Janeiro apresentou significativa redução nos índices de vacinação (3). Em resposta, o município de Niterói, com 481.749 habitantes (4), instituiu a Frente Parlamentar Mista da Vacina (FPV), sob gestão da Fiotec/Fiocruz, para ampliar a adesão à imunização (5).

OBJETIVO

A iniciativa da FPV tem como objetivo fomentar ações em municípios através do trabalho informativo de conscientização, orientação e sensibilização da população sobre a importância da vacinação. A fim de alcançar esses objetivos, este projeto tem sido desenvolvido por meio de parcerias e ações diretas com o público, abordando as temáticas relevantes sobre vacinação e promovendo estratégias para aumentar o número de indivíduos imunizados (5).

METODOLOGIA

Desenvolvimento: Este relato de experiência aborda as ações no Município de Niterói/RJ durante o ano de 2024. Com o objetivo de promover e recuperar a alta cobertura vacinal no Brasil, foi estabelecido no Congresso Nacional a Frente Parlamentar Mista da Vacina, suas principais estratégias

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: neurocare.fsio@gmail.com

incluem o combate à desinformação, capacitação de profissionais de saúde e o fortalecimento da confiança pública. (5) Para fortalecer essas ações, foram firmadas parcerias com a Secretaria de Educação, a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Assistência Social, além de órgãos da iniciativa privada, como empresas, ILPIs e clubes. Com essas estratégias, o município ampliou o debate popular por meio de ferramentas como palestras, rodas de conversa, projetos culturais, debates coletivos, participação nos conselhos de saúde, simpósios e seminários. Além disso, houve atuação direta com a população nas ruas, com panfletagem em centros comerciais, espaços comunitários e feiras, promovendo a escuta ativa das dúvidas da população. Com base nas ações realizadas no município de Niterói no ano de 2024, os resultados demonstram uma aceitação positiva por parte da população, especialmente entre aqueles que participaram ativamente da implementação das estratégias. As ações abrangeram diversos setores da gestão municipal. Na Secretaria de Saúde, ocorreram rodas de conversa em unidades de saúde com usuários e profissionais. Na Secretaria de Assistência Social, as ações foram realizadas nos CRAS, Centros de Convivência e Centro POP, com palestras, oficinas, eventos e grupos voltados para idosos e gestantes. Na Secretaria de Educação, foram promovidas palestras educativas, peças teatrais, gincanas e oficinas. No setor privado, houve palestras, distribuição de panfletos e escuta ativa com trabalhadores, incentivando a atualização do esquema vacinal. Um destaque foi a atuação nos CRAS, durante reuniões do Programa Bolsa Família, onde ficou evidente a existência de dúvidas sobre o calendário vacinal. Nas escolas, os adolescentes demonstraram interesse pela vacina do HPV e esclareceram dúvidas sobre COVID-19 e dengue. Crianças da Educação Infantil participaram de ações com teatro de fantoches, e alunos do Ensino Fundamental I, de gincanas e quizzes. Também foram promovidas palestras na Associação Fluminense de Reabilitação e na Associação Pestalozzi, com funcionários e pacientes, ampliando o entendimento sobre a importância da vacinação e do Programa Nacional de Imunizações. No total, foram realizadas 65 ações, alcançando 3.000 pessoas no município, fortalecendo o compromisso coletivo com a saúde pública e a prevenção de doenças imunopreveníveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados reforçam a eficácia das estratégias e a importância de ações educativas contínuas para fortalecer a adesão à vacinação. Em Niterói, ao longo de 2024, observou-se aumento significativo nas aplicações: de 186.789 doses em 2023 para 197.822 em 2024 (6). As ações evidenciam o papel da Frente Parlamentar Mista da Vacina no fortalecimento da cobertura vacinal. A atuação nos CRAS, especialmente nas reuniões do Programa Bolsa Família, revelou dúvidas recorrentes sobre o calendário vacinal. Nas escolas, adolescentes demonstraram interesse pela vacina do HPV, além de dúvidas sobre COVID-19 e dengue. Também houve ampliação das ações nas Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo a Atenção Primária como ponto central da vacinação. Tais estratégias de comunicação e educação em saúde promoveram maior engajamento da população, impactando positivamente nos indicadores vacinais do município.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pni/pni>
- (3) Boom A. As razões da queda na vacinação. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/as-razoes-da-queda-na-vacinacao/>
- (4) IBGE. Cidades@ Niterói – Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/niteroi/panorama>
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Frente Parlamentar em Defesa pela Vacina. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/frente-parlamentar-em-defesa-pela-vacina-vai-reforçar-trabalho-do-ministerio-da-saude>
- (6) Prefeitura de Niterói. Sala de Situação: Aqui Tem Saúde. Disponível em: <https://www.saladesituacao.niteroi.rj.gov.br/pages/aquitemsaude>

O PODER DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Marcos Vinícius Lobo Milhor¹

Ana Victoria Santos dos Reis

Daniely Alves de Oliveira,

Hanna dos Anjos Gomes

Márcia Cristina Maciel de Aguiar.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A educação em saúde (ES), enquanto processo de trabalho, objetiva transformar o seu objeto de atuação, desde materiais até ideias e mentalidades. Baseado no modelo horizontal, a ES promove a transformação da subjetividade individual e coletiva, incentivando a criticidade necessária para decisões conscientes (1). Essa abordagem supera a relação vertical de ensino/aprendizagem, alcançando o ideal dialógico, que valoriza e integra os saberes, gerando uma nova consciência coletiva (2).

A Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), em suas Diretrizes de Educação em Saúde visando à Promoção da Saúde, define a ES como “um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico” que se configura como uma “prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica (...), e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva” (3). Assim, nota-se o poder transformador da ES, pois pertence ao seu conceito a ideia da participação social, a fim de despertar no indivíduo o controle da sua própria realidade para que possa assumir o controle das decisões sociais que lhe cabem (4). Além disso, descentralização, participação e controle social são diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando o papel essencial da pedagogia na garantia de direitos em saúde e na promoção de uma sociedade mais consciente e engajada (5).

OBJETIVO

Este trabalho visa analisar o papel da educação em saúde como ferramenta de transformação social, destacando a sua contribuição para a promoção da saúde, a emancipação das comunidades e a mobilização coletiva em torno de práticas que favoreçam a autonomia e a melhoria dos determinantes sociais da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura baseada na seguinte pergunta de pesquisa: Como a educação em saúde pode atuar como uma ferramenta de transformação social?

1 Universidade do Estado da Bahia (UNEB). E-mail: viniciusloboprincipal@gmail.com

A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: “Educação em Saúde” e “Transformação Social”. Foram aplicados os seguintes filtros: data de publicação entre 2015-2024, texto completo disponível gratuitamente e publicados em português. Foram excluídos os artigos que não continham os descritores (ou semelhantes) em seus títulos.

RESULTADOS

Selecionou-se 5 artigos. A educação em saúde (ES) é indiretamente respaldada pela Constituição de 1988, quando o direito à saúde é pautado a partir do campo educacional (4). A ES, então, desenvolve-se como um processo contínuo de formação e manutenção de conhecimentos, com o objetivo de transformar as realidades individuais e coletivas por meio da reflexão crítica (1). Estudos confirmam que o nível de conhecimento de uma comunidade interfere no processo saúde-doença, tanto em nível individual quanto coletivo (5). Assim, conclui-se que a educação e as ciências da saúde são áreas integradas e indissociáveis (2).

A transformação social ocorre quando os indivíduos refletem sobre as suas condições e se mobilizam coletivamente, gerando uma sociedade consciente e engajada na luta por direitos e por práticas que mudem a sua realidade (1). Logo, é inegável o poder que a ES possui na transformação social, pois a sua transdisciplinaridade gera uma sinergia entre os saberes populares e científicos, o que valoriza a subjetividade e a singularidade das comunidades, alavancando-as para um processo ativo de atuação social (2).

Além da saúde física e mental, a ES possui uma dimensão política que rompe com a lógica tradicional, descrita por Paulo Freire como “educação bancária”, que anulava a perspectiva coletiva (4). Assim, surge o modelo dialógico, no qual os indivíduos se tornam protagonistas de suas histórias, fomentando uma visão crítica apta a mudanças efetivas na sociedade (5).

A ES, portanto, atua na emancipação e no empoderamento das comunidades, permitindo que controlem e enfrentem os determinantes sociais de saúde de forma autônoma, o que está alinhado à Carta de Ottawa, que destaca as atuações individual e coletiva como pilares para a autonomia e transformação social (1).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Pode-se concluir, destarte, que a ES une, de uma maneira bastante horizontal, a pedagogia e as ciências da saúde sem a finalidade de sobrepor uma à outra, mas sim de integrá-las, tendo os corpos individuais e coletivos como centrais no processo (2). A transformação social, então, fica inerente e indissociável a esse processo, uma vez que a aquisição de criticidade por parte das comunidades permite que as realidades possam ser vistas com o olhar de quem, de fato, vive nessa realidade (1). Assim, a concepção vertical de transmissão de conhecimento em saúde, em que alguém “mais sábio” deposita o conhecimento sobre os “necessitados”, é anulada, o que retira as comunidades da passividade,

colocando-os em uma posição de participação social ativa (4). Portanto, é dessa posição ativa que surgem as transformações sociais, impulsionadas pela real educação em saúde (5).

REFERÊNCIAS

- (1) Conceição DS *et al.* A educação em saúde como instrumento de mudança social. Braz J Dev. 2020. Doi: 10.34117/bjdv6n8-383.
- (2) Sperandio N, Sperandio NE. A educação em saúde e a transformação social. Educ Saude. 2018 (acesso 2 jan 2025). Disponível em: <https://uniptan.emnuvens.com.br/educacaoesaude/article/view/211>.
- (3) FUNASA. Diretrizes Educação em Saúde. Funasa Repository. 2007 (acesso 2 jan 2025). Disponível em: <https://repositorio.funasa.gov.br/handle/123456789/515>.
- (4) Santos MA, Senna MD. Educação em saúde e serviço social. Rev Katalysis. 2017. doi: 10.1590/1982-02592017v20n3p439.
- (5) Maeyama MA *et al.* Promoção da saúde e transformação social. Rev Bras Tecnol Soc. 2016. Doi: 10.14210/rbts.v2n2.p129-143.

O PROJETO ESCOLA CIDADÃ COMO AGENTE PROMOTOR DA SAÚDE

Lucy Marina de Souza Oliveira¹

Jaqueline Neri da Silva

Julys Nathan Ferreira Soares

Luana Dias Costa

Natália Fernandes de Andrade

Ana Valéria Machado Mendonça

Maria Fátima de Sousa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países signatários da Agenda 2030, um pacto global firmado pelos Estados-membros das Nações Unidas com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável em escala mundial. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), visam erradicar a pobreza, reduzir as desigualdades e assegurar condições dignas de vida para todas as pessoas(1).

Na área da saúde utilizamos como estratégia a promoção da saúde para garantir melhoria na qualidade de vida da população. Para isso, é necessário adotar estratégias que alcancem os diversos atores da sociedade civil. Além disso, considerar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), entre eles os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos raciais, que impactam diretamente na saúde(2,3).

O Projeto Escola Cidadã configura-se como um macroprojeto da Universidade de Brasília, que visa promover ações estratégicas de saúde, educação e cidadania. Por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, são desenvolvidas ações que envolvem a comunidade acadêmica e a comunidade externa. Alinhando-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o projeto contribui para o fortalecimento do papel social da universidade e para a promoção da saúde coletiva(4).

OBJETIVO

Analisar a contribuição do Projeto de Extensão–Escola Cidadã para promoção da saúde considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030.

METODOLOGIA

O presente estudo possui uma abordagem qualitativa e descritiva, por meio de uma revisão bibliográfica e documental. Foram revisados os relatórios referentes ao Projeto Escola Cidadã, além de materiais relacionados à Agenda 2030 e o conceito de Universidade Promotora da Saúde.

RESULTADOS

A análise do relatório final e das ações desenvolvidas no âmbito do Projeto Escola Cidadã

1 Universidade de Brasília. E-mail: lucymarinnna@gmail.com

evidenciou que o projeto tem um papel significativo na promoção da saúde e da cidadania. por meio de subprojetos interdisciplinares, que envolvem estudantes, professores e a comunidade externa, abordaram temas como educação em saúde, direitos humanos, meio ambiente, alimentação saudável, entre outros.

Cerca de 123 pessoas trabalharam nas ações, incluindo estudantes voluntários e bolsistas de extensão, técnicos administrativos, professores, estudantes de pós-graduação, pesquisadores e parceiros da Universidade de Brasília. Alcançou e beneficiou 1.435 cidadãos de diversas regiões administrativas do Distrito Federal.

O projeto teve impacto positivo nas comunidades, além do alinhamento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), principalmente no que se refere à saúde e bem-estar (ODS 3), educação de qualidade (ODS 4) e redução das desigualdades (ODS 10).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Projeto Escola Cidadã revelou-se uma iniciativa estratégica e inovadora no fortalecimento da promoção da saúde no contexto universitário, ao articular ações interdisciplinares e colaborativas que aproximam a Universidade de Brasília das realidades e necessidades das comunidades do Distrito Federal. Ao se consolidar como uma prática extensionista efetiva, o projeto reafirma o compromisso da universidade pública com a transformação social e com a produção de conhecimento orientada pelo interesse público.

Mais do que promover atividades pontuais, o projeto fomentou espaços de escuta, diálogo e construção coletiva de saberes, onde o conhecimento científico e o saber popular se encontraram de forma horizontal. Essa integração potencializou processos de educação em saúde mais sensíveis, contextualizados e eficazes, promovendo a autonomia dos sujeitos e o fortalecimento do protagonismo comunitário.

O envolvimento de estudantes, docentes, profissionais de saúde e lideranças locais reforçou o papel formativo da extensão, contribuindo para a formação crítica e cidadã dos discentes e estimulando a prática de uma universidade mais comprometida com a equidade, a justiça social e o enfrentamento das desigualdades em saúde. Além disso, ao abordar temáticas relevantes como doenças negligenciadas, desinformação em saúde, saúde menstrual, vigilância em saúde e sustentabilidade, o projeto alinhou-se às diretrizes da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente aqueles relacionados à saúde e bem-estar, educação de qualidade, redução das desigualdades e promoção de comunidades sustentáveis.

Dessa forma, o Projeto Escola Cidadã evidencia como a extensão universitária pode e deve ser um instrumento de transformação social, promovendo ações integradas e emancipadoras que ultrapassam os muros da universidade e impactam diretamente a construção de uma sociedade mais crítica, justa, democrática e saudável.

REFERÊNCIAS

- (1) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | United Nations Development Programme. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>.
- (2) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Promoção da saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/promocao-da-saude>
- (3) Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev saúde colet. 2007;17(1):77-93.
- (4) Cidadã C. E s c o l a Projeto Escola Cidadã: promovendo saúde e educação para o exercício da Cidadania. Disponível em: <https://repositorio.ecos.unb.br/exhibits/show/editoraecos/relatorios>

OFICINA DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NOS TERRITÓRIOS-EDUCAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO DE PESSOAS CONSELHEIRAS

Rozângela Fernandes Camapum¹

Oswaldo Peralta Bonetti

Jeovânia Rodrigues Silva

Bianca Coelho Moura

Terezinha de Jesus Pantoja Henrique

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A participação da comunidade no SUS, garantida pela Constituição de 1988 por meio dos Conselhos de Saúde, pressupõe uma tomada de decisões sobre políticas públicas em um processo de gestão democrática e participativa. Assim, a sociedade organizada nesses Conselhos torna-se essencial para garantir os direitos, especialmente o direito à saúde, em conformidade com as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (1). Os Conselhos são fundamentais para fortalecer a cidadania e a democracia, viabilizando a participação popular na gestão da saúde pública.

O Projeto Oficina de Capacitação para Conselheiros de Saúde, idealizado pelo Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação em Saúde (Angicos) da Escola de Governo da Fiocruz Brasília, em parceria com o Conselho de Saúde do DF, a Secretaria de Saúde do DF e a OPAS, inspira-se no programa Participa + do Conselho Nacional de Saúde. Seu objetivo é fortalecer o protagonismo dos conselheiros e a defesa do SUS por meio de oficinas nos territórios.

O projeto político-pedagógico dessa formação baseia-se nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação cidadã e compromisso com um projeto democrático e popular, alinhado às diretrizes do SUS (2,3).

OBJETIVO

A Oficina de Capacitação de Conselheiros de Saúde do DF visa formar conselheiros para compreender criticamente o Controle e a Participação Social no SUS. O curso aborda o papel do controle social, os principais problemas de saúde e suas condicionantes, além dos mecanismos de monitoramento, avaliação e regulação no SUS. Também promove autonomia para ações comunitárias e fortalece uma rede integrada de conselheiros.

1

Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: rozangela.camapum@fiocruz.br

METODOLOGIA

O projeto político-pedagógico, baseado na Educação Popular em Saúde e na Pedagogia da Alternância, integra teoria e prática, articulando encontros presenciais (Tempo Escola) e atividades práticas conforme a realidade de cada território. A abordagem freiriana orienta rodas de conversa, círculos de cultura e reflexões coletivas, promovendo vínculos e o compartilhamento de saberes, além de problematizar os determinantes sociais da saúde para estimular soluções contextualizadas (3).

A metodologia envolve a investigação nos territórios, permitindo considerar dificuldades, potencialidades e estratégias para superar desafios na participação e no controle social em saúde. O curso valoriza saberes populares, promove o diálogo e fomenta a formação compartilhada.

Temas como saúde mental, racismo, violência e direito à saúde são centrais. Os eixos abordam o papel dos Conselhos de Saúde, políticas públicas, controle social no SUS, regimentos e ética. Materiais como o “Roteiro de Atividades” complementam a formação teórica e metodológica (3,4).

RESULTADOS

O projeto resultou na qualificação de Conselheiros de Saúde por meio da integração entre teoria e prática, fortalecendo a atuação nos territórios. As Oficinas estimularam o compartilhamento de saberes e a problematização dos determinantes sociais da saúde, incentivando os conselheiros a propor soluções contextualizadas para suas realidades locais.

Nos dias 13 e 14 de maio de 2024, ocorreu a Oficina inaugural para os Conselheiros de Saúde do DF, com 40 participantes, marcando o lançamento do projeto. Nessa etapa, foram consolidados coletivamente os eixos temáticos e as estratégias metodológicas para as oficinas subsequentes nos territórios.

Entre setembro de 2024 e abril de 2025, foram realizadas 15 oficinas para os Conselheiros Regionais de Saúde em 15 territórios do DF, contando com a participação de 338 conselheiros. Os temas envolvidos incluíram o papel dos Conselhos de Saúde na implementação de políticas públicas, a garantia do direito à saúde, mecanismos de monitoramento e controle social no SUS, além do regimento interno e do código de ética do controle social.

O processo formativo contou com materiais como o Roteiro de Atividades para os Conselheiros de Saúde, que ofereceu conteúdo teórico e metodológico alinhado aos princípios da Educação Popular em Saúde. Ao final do projeto, 378 Conselheiros Distritais e Regionais foram capacitados.

Foi aplicado um processo de avaliação das oficinas, no qual os conselheiros puderam opinar sobre a metodologia utilizada, os conteúdos abordados e o desempenho da equipe. O projeto obteve mais de 90% de aprovação, além de gerar contribuições para ajustes em futuras edições.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Projeto Oficina de Capacitação de Conselheiros de Saúde reafirma a Educação Popular em Saúde como ferramenta de transformação social e fortalecimento da democracia, promovendo o protagonismo dos conselheiros na construção e monitoramento das políticas de saúde e na defesa do SUS.

A qualificação contínua dos Conselheiros Distritais e Regionais fortalece o controle social no SUS. A abordagem popular valorizou saberes, estimulou reflexões coletivas e potencializou a gestão participativa em saúde.

A integração de práticas críticas e o fortalecimento dos vínculos comunitários garantem a continuidade da iniciativa, capacitando e inspirando conselheiros a liderança, transformações sociais e ampliar sua voz na luta pelo direito à saúde, em referência à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

REFERÊNCIAS

- (1) Orfão NH, Gomes JFF. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2021;45(131):1199-1213.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: MS; 2022.
- (3) Fundação Oswaldo Cruz. Curso Educação Popular para a Participação e o Controle Social no SUS DF: fortalecendo o protagonismo nos territórios: guia de apoio para educadoras e educandas. Brasília, DF: Fiocruz/Brasília; 2024.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: MS; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

OS DETERMINANTES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE: FATORES QUE AMPLIAM E QUE INIBEM O ENVOLVIMENTO E O ENGAJAMENTO DOS CONSELHEIROS SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Paulo Renato Flores Durán¹

José Patrício Bispo Júnior

Luzia Célia Batista Soares

Edna Moreira Barros

Chrisne Santana Biondo

Mauro Serapioni

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os diferentes formatos de participação social na democracia contemporânea atestam o fato de que as dinâmicas das relações entre Estado e sociedade mudam conforme a percepção que os atores têm do papel das instituições participativas nos resultados das políticas públicas. A participação social e a mobilização coletiva em torno dela, pressupõe que a sociedade possa interferir no processo decisório de produção de políticas públicas. [1-2] É o caso do setor saúde que, desde a redemocratização, ampliou o espaço no qual atores de diferentes representações sociais podem participar das decisões sobre as políticas de saúde no âmbito do SUS. Ainda que a democratização da participação social, em especial com as experiências dos Conselhos de Saúde (CS), persistem inúmeros desafios que podem inibir o envolvimento e engajamento no âmbito do SUS (como desigualdades sociais e acesso à recursos). [3] Diante dessas questões, a pesquisa analisou como os formatos de mobilização coletiva se configuram como agência em relação às estruturas do Estado no âmbito do SUS. Captar o sentido que os atores dão a participação na luta pelo direito à saúde, requer que sejam elucidadas as performances dos atores sociais, institucionalizados ou não-institucionalizados, e como emprestam sentido e significado a sua plataforma de ação coletiva.

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi analisar, do ponto de vista dos atores envolvidos em diferentes representações dos CS (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores), os fatores determinantes da participação social no setor saúde. Buscou-se compreender os fatores que ampliam e motivam a mobilização nos CS, assim como os fatores que restringem essa iniciativa.

METODOLOGIA

A abordagem da pesquisa foi expressamente qualitativa. A pesquisa entrevistou 108 diferentes representações conselheira dos CS municipais, em 9 municípios das regiões sudoeste (Vitória da

1 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: pauloduran@puc-rio.br

Conquista, Guanambi e Urandi), oeste (Barreiras, Santa Rita de Cássia e Riachão das Neves) e leste (Santo Antonio de Jesus, Santo Amaro e São Félix) do estado da Bahia. Adotou-se o modelo da cadeia da participação, [4] no qual são sistematizados os fatores e motivações que influenciam o envolvimento das pessoas nos processos decisórios das políticas sociais. Nesse modelo, três ordens de variáveis de natureza coletiva motivam as pessoas a se envolver: (1) objetivos compartilhados, as pessoas expressam necessidades mútuas que se traduzem em objetivos comuns; (2) valores compartilhados, as pessoas sentem o dever de participar como uma expressão de valores comuns; (3) senso de comunidade, as pessoas se identificam e se preocupam com outras pessoas ou com problemas que afetam o grupo social. Para a análise dessas variáveis foram entrevistados conselheiros representantes dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores em nove municípios do estado da Bahia.

RESULTADOS

O contexto da participação, em três dos municípios estudados, é de desmobilização popular frente às problemáticas sociais. Os entrevistados apontam algumas razões que justificam a falta de participação da sociedade: dentre elas, afirmam que as pessoas não se engajam por que as pessoas têm perdido o senso de pertencimento ou de defesas da coletividade, denunciando um individualismo na busca por direitos. Outro aspecto é o desconhecimento das funções dos espaços de participação, especialmente os institucionalizados (CS): os entrevistados afirmam que muitas vezes estes espaços são conhecidos apenas pelas instituições ou segmentos ali representados. Assim, apontam que muitas buscas por ações de saúde acontecem por vias do assistencialismo, junto aos políticos locais, por desconhecimento do papel do CS.

A baixa participação popular é relatada pelos entrevistados pela falta de resposta da gestão pública aos problemas sociais. A falta de resposta às diversas necessidades da população, descredibiliza a luta e o interesse de novas manifestações. Ou seja, segundo alguns entrevistados, o senso de afastamento da gestão em relação as demandas e necessidades da população, elucida que as desigualdades sociais são parte dos fatores determinantes que inibem a crença que a participação social possa impactar decisivamente nas ações do Estado. Em outra dimensão, relativas às condições financeiras, muitos conselheiros alegam estarem dentro de um padrão satisfatório, e que conseguem arcar com suas despesas sem dificuldades (os recursos financeiros não são um fator impeditivo para sua participação). Porém um grupo específico de representantes de usuários, veem suas condições financeiras como desfavoráveis podendo em alguns casos impactar na sua participação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As estratégias mobilização social nos CS devem presumir o conhecimento e interesse da comunidade pela causa, a relação de confiança e respeito com às lideranças à frente do movimento e o desenvolvimento da cultura de participação. A formação de uma cultura participativa deve ser capaz de desenvolver nos cidadãos a capacidade crítica de defesa dos direitos, de liberdade de expressão, o interesse

coletivo e o senso de justiça social [2,5]. Estes são diferentes aspectos que instituições participativas da democracia devem levar em consideração, tanto como aspectos procedimentais mínimos das arenas dos CS, como das dinâmicas internas dessas instituições. Assim, o confronto às formas de desigualdade que inibem a participação social em saúde configuram importante fonte de debate sobre a ampliação da democracia participativa na sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

- [1] Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(1):7-16.
- [2] Bispo Júnior JP, Serapioni M. Community participation: Lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. *J Glob Health*. 2021;11:030661.
- [3] Kruger TR, Oliveira A. Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal. *Saúde Debate*, 2019;43:174-189.
- [4] Simmons R, Birchall J. A Joined-up Approach to User Participation in Public Services: Strengthening the Participation Chain. *Social Policy Admin*. 2005;39(3):260-283.
- [5] Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(12):4829-4839.

OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ

Manuelle Maria Marques Matias¹

Luíza Magalhães de Assis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Ao longo do último século, os movimentos sociais organizados no Brasil estiveram à frente de diversas lutas nos campos político, econômico e social, e foram imprescindíveis para alcançarmos múltiplas conquistas. No campo da saúde, o cenário da atuação dos movimentos sociais sofreu grandes mudanças a partir da década de 1990 com a institucionalização da participação social por meio do estabelecimento de dispositivos legais. A Constituição de 1998 foi a primeira a estabelecer os marcos sobre os quais se dispõe o sistema público de saúde brasileiro e a mencionar a participação da comunidade como uma de suas diretrizes. A Lei nº 8.080 versou de forma mais aprofundada sobre o sistema de saúde, ao estabelecer a organização e funcionamento do SUS e reforçar a participação da comunidade como sua diretriz. A Lei nº 8.142 estabeleceu a participação social no âmbito do SUS, com a instituição dos Conselhos e as Conferências de Saúde nas três esferas de governo e instituiu a participação de três diferentes segmentos: os prestadores de serviço público ou privado, os profissionais de saúde e os usuários ³. Nesse dispositivo, estabelece-se que enquanto os Conselhos de Saúde são de caráter permanente, as Conferências ocorrem a cada quatro anos. Ambos são os principais espaços institucionais de participação social em saúde no Brasil.(1-3)

OBJETIVO

Relatar a participação das autoras no ciclo de conferências de saúde realizadas no ano de 2023 no município de Niterói, envolvendo as Conferências Livres e a 9ª Conferência Municipal de Saúde, com o intuito de entender a relação entre os movimentos sociais e os espaços institucionais de participação em saúde, uma vez que compreender isto é fundamental para construir uma base de conhecimento para melhor avaliação de como essa política pública de participação social ocorre a nível municipal.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, em que foram sistematizadas as vivências das autoras em oito conferências livres de saúde e na 9ª Conferência Municipal de Saúde realizadas durante o ano de 2023 no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro. Adotou-se a técnica da observação participante e o diário de campo como instrumento de coleta de informações.

1

E-mail: manumatias29@gmail.com

RESULTADOS

Foram realizadas oito Conferências Livres com os temas: “Mulheres; Profissionais de Saúde; da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Niterói (AUFANIT); Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP); Movimento Negro; Popular; LGBTIA+ e da Unidade do Programa Médico de Família Teixeira de Freitas.” Houve intensa articulação dos movimentos sociais para a participação nas conferências, com destaque para os movimentos de mulheres, negros e negras e LGBTQIA+. Também registramos a presença significativa de movimentos de trabalhadores e estudantes da saúde. A análise das propostas das Conferências Livres de Niterói revelou diferenças nas demandas dos movimentos sociais e dos trabalhadores da saúde. Enquanto os movimentos de usuários priorizaram a melhoria do acesso aos serviços de saúde e ao aumento do número de profissionais nas unidades de saúde, os trabalhadores de saúde estiveram mais focados em melhores condições salariais, de trabalho e de contratos dignos. Acreditamos que a realização das conferências livres, em caráter inédito em nível nacional e municipal, refletiu na composição e rumos da 9ª Conferência, em que esses movimentos estiveram bastante atuantes e presentes pautando suas demandas e propostas. Em relação à 9ª Conferência Municipal de Saúde, ocorrida de 28 a 30 de abril de 2023, foi marcada por uma abertura conturbada pelo tensionamento causado pelos movimentos sociais, devido à falta de seus representantes na mesa de abertura; por um intenso processo de debates das propostas em grupos de trabalho e, ao final, e por uma votação final em plenária por contraste.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Na área da saúde, o engajamento dos movimentos sociais foi marcante nas principais lutas das últimas décadas, a exemplo do que ocorreu com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cuja principal expressão se deu quando da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda na Reforma Psiquiátrica, que contribuiu para estabelecer novas e outras bases de entendimento sobre o cuidado em saúde mental no país. Com a institucionalização da participação social no SUS, por meio dos conselhos e conferências, a sociedade civil organizada passou a atuar diretamente na construção das políticas de saúde, tendo a possibilidade de intervir nos debates durante o momento da sua formulação e de pontuar suas necessidades de saúde e as questões que merecem o foco das políticas de saúde. A presença da sociedade civil neste âmbito de atuação abriu a possibilidade de o Sistema de Saúde ser constituído a partir das demandas e da perspectiva de quem é usuário do Sistema, e não apenas do ponto de vista dos gestores e profissionais da saúde, o que sem dúvida qualificou e aprimorou a política de saúde, configurando por si só a maior expressão participativa em políticas públicas no país. A existência dos espaços de participação social com a presença dos movimentos sociais é um passo importante para assegurar que o SUS seja construído efetivamente para atender as demandas da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em:
- (2) Brasil. Lei 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 de setembro de 1990.
- (3) Brasil. Lei 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, 31 de dezembro de 1990.

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL NA CIDADE DE MACAÉ

Yasmyn Rodrigues Barcelos dos Santos¹

Stéfani Santos

Diego Lima de Oliveira

Brenda Iolanda Silva do Nascimento

Inês Leoneza de Souza

Flávia de Castro Farias

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A participação social na gestão das políticas públicas foi consolidada na Constituição Cidadã de 1988, sendo resultado de reivindicações dos movimentos sociais pela redemocratização do país e pelo direito humano à saúde. O objetivo foi de que essa participação promovesse uma cidadania ativa, ampliando a voz da sociedade na formulação e fiscalização das políticas de saúde de forma organizada, popular e democrática (1). Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, mecanismos de participação popular e gestão participativa foram estabelecidos, como os conselhos e conferências de saúde. Essas mudanças, em teoria, asseguram a participação da sociedade no acompanhamento das políticas públicas e na definição de prioridades, fortalecendo o controle social e a democracia participativa da gestão municipal à federal do SUS. Entretanto, apesar dos avanços normativos, a participação efetiva da população ainda apresenta desafios. As dificuldades incluem a falta de conhecimento sobre os espaços de participação popular, baixa mobilização comunitária e obstáculos estruturais e burocráticos que dificultam o engajamento nos processos de controle social (1). Em muitas localidades, a população não possui conhecimento dos seus direitos e as esferas onde pode atuar, tornando a participação fragmentada e de baixa influência (2).

OBJETIVO

Diante desse cenário, torna-se fundamental aprofundar o conhecimento sobre a percepção da participação comunitária e o controle social. Logo, este trabalho tem como objetivo identificar a percepção da população sobre a participação comunitária em diferentes territórios da cidade de Macaé, analisando os fatores que influenciam o engajamento em grupos locais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa observacional, seccional e descritiva, com coleta de dados realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas aplicadas a moradores(as) de territórios da cidade de Macaé. O instrumento de pesquisa consistiu em um formulário com quatro perguntas abertas,

1

E-mail: nutri.yasmynanexos@gmail.com

abordando perfil sociodemográfico e participação em coletivos locais ou grupos organizados. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, residência fixa nos bairros investigados e concordância formal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos. Quando houve participação em grupos, questionou-se o vínculo do coletivo, com opções predefinidas: (a) esporte e lazer, (b) arte e cultura, (c) religião, (d) saúde, (e) assistência social, (f) educação, (g) laborativo ou (h) outro. A seleção dos participantes foi intencional, priorizando a diversidade de perfis dentro dos territórios mapeados, com abordagem realizada em espaços públicos de alta circulação, como praças e unidades de saúde.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 29 participantes, com idades entre 18 e 71 anos (média de 42,3 anos). A maioria era do gênero feminino (79,3%; N=23), autodeclarada negra (72,4%; N=21), sem companheiro(a) (75,9%; N=22), com filho(s) (82,8%; N=24; média de 1,7 filhos por domicílio, desvio padrão de 1,2) e residentes em domicílios com média de 2,1 pessoas (desvio padrão de 1,1). Do total, 58,6% (N=17) recebiam benefícios sociais (Bolsa Família, BPC ou Moeda Social Macaíba). Quanto à distribuição geográfica, 37,9% (N=11) residiam no bairro Lagomar, 31% (N=9) em Nova Esperança, 10,3% (N=3) em Piracema, 6,9% (N=2) em Nova Holanda, e os demais 10,3% (N=3) distribuíam-se entre Engenho da Praia, Fronteira e Barra de Macaé (1 participante por bairro). Sobre a participação em grupos comunitários, 62,1% (N=18) não integravam coletivos. Dos 37,9% (N=11) que participavam, 72,7% (N=8) estavam vinculados a grupos religiosos, enquanto 27,3% (N=3) distribuíam-se igualmente entre educação, esporte e lazer, e arte e cultura (9,1% cada; N=1 por categoria). A predominância de grupos religiosos e a baixa adesão a coletivos ligados a políticas públicas reforçam os desafios de engajamento comunitário identificados, especialmente entre mulheres negras, mães solo e moradoras de bairros periféricos, perfil majoritário da pesquisa.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa está em andamento, em fase inicial de coleta de dados. Contudo, já se destacam desafios para a participação e engajamento em grupos comunitários na Cidade de Macaé, especialmente entre mulheres negras, mães solo e moradoras de bairros periféricos, perfil predominante na amostra. Esses dados evidenciam a urgência de incentivos da sociedade e do poder público à gestão participativa, movimento vital para uma democracia representativa, e para o fortalecimento do SUS. Portanto, é essencial agir na garantia de uma cidadania ativa, promovendo debates e ações que enfrentam obstáculos à participação no controle social na efetivação do direito humano à saúde e à construção de um país democrático, com estratégias como ampliação de espaços de diálogo, capacitação para a prática cidadã e redução das desigualdades sociais e barreiras institucionais que limitam o acesso à participação política efetiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. V. 3. pp. 237-271.
- (2) Arendt H. Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE DIAGNÓSTICO

Jamilly Anterio Azevedo¹

Luiz Marques Campelo

João Pedro Martins Andrade

Yuri Carvalho Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde pública, o planejamento é uma exigência legal estabelecida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Além disso, a Lei estabelece que a responsabilidade pelo planejamento e gestão dos serviços de saúde cabe aos municípios, que devem colaborar no planejamento da rede do SUS(1). O planejamento no SUS, assim, é uma exigência legal que visa otimizar os recursos disponíveis para a promoção da saúde pública, com o processo de planejamento iniciando nos municípios e sendo estendido às esferas superiores de governo(2). Nesse sentido, em 2017, a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro, estabeleceu as diretrizes para o planejamento do SUS, definindo-o como um processo cíclico e integrado, que articula os instrumentos da área com o orçamento público. Segundo essas diretrizes, os principais instrumentos de planejamento da saúde incluem o Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG)(3). Nesse sentido, vale destacar a necessidade de novas ferramentas de diagnóstico no setor saúde, essenciais para a tomada de decisões estratégicas, o enfrentamento de desafios e a melhoria da operacionalização dos serviços.

OBJETIVO

Realizar diagnóstico situacional de todos os Conselhos Municipais de Saúde do Ceará no que se refere ao monitoramento do planejamento em saúde.

METODOLOGIA

Com o intuito de obter dados confiáveis que fundamentam as conclusões e recomendações do Ministério da Saúde, serão utilizadas as seguintes estratégias: análise da legislação vigente; entrevistas através de formulários eletrônicos a serem respondidos por todos os conselheiros de saúde e análise dos dados coletados e extraídos do DGMP e do Painel *Business Intelligence* (BI) da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará (SEMS-CE). Dessa forma, o Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP/SEMS/CE) promoveu diversos debates acerca da necessidade de elaboração de um diagnóstico situacional do planejamento em saúde no estado, com o objetivo de subsidiar de forma mais consistente o processo de tomada de decisão. O questionário desenvolvido

1

E-mail: luiz.campelo@saude.gov.br

contempla 22 questões que abordam os seguintes aspectos: independência do Conselho Municipal de Saúde (CMS); conflito de interesses; representatividade; periodicidade das reuniões; capacitação e apoio da gestão; conhecimento sobre o DGMP; monitoramento dos instrumentos; e trâmites realizados por meio do DGMP. Adicionalmente, o processo de coleta e análise de dados buscará identificar possíveis situações que impactem negativamente o planejamento em saúde, tais como: alta rotatividade dos atores envolvidos; deficiência na oferta de capacitações; e a ausência de apoio governamental ao CMS. O projeto de diagnóstico vem sendo gestado há pelo menos 02 (dois) anos e, acredita-se, está em um bom nível de maturidade para ser aplicado. Apesar disso, ainda não foi possível obter uma ampla adesão para sua realização.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Durante o desenvolvimento da proposta de diagnóstico situacional do planejamento em saúde, diversos entraves foram identificados, dificultando a plena execução da iniciativa. O Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP/SEMS/CE) empenhou-se ativamente na articulação com parceiros institucionais para viabilizar a construção conjunta do diagnóstico. No entanto, apesar dos esforços, não foi possível obter a mobilização esperada, especialmente por parte do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU-CE). A SEMS-CE mantém o posicionamento de que a execução desse trabalho deve ocorrer em parceria e concordância do Conselho Estadual de Saúde. Cabe destacar que a partir da análise dos dados referentes às pendências nas entregas dos instrumentos Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) entre os anos de 2018 e 2023, observou-se que muitos gestores municipais não estão atuando conforme a Lei Complementar nº 141/2012, que determina a apresentação do RAG ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira. O presente trabalho se apresenta como uma oportunidade promissora para evidenciar o potencial da proposta de diagnóstico situacional enquanto ferramenta de monitoramento periódico dos municípios. Eventualmente, busca-se conquistar apoio do Ministério da Saúde para sua realização no Ceará, como um projeto piloto com potencial de replicação em outros estados, caso seja bem-sucedido.

REFERÊNCIAS

- [1] 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, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011 jun 28;Seção 1:1.
- [2] 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 set 20 [acesso 2025 abr 15];Seção 1:18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2017.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA EL CONTROL DE LA MALARIA: EXPERIENCIA CON COLABORADORES COMUNITARIOS EN SANTO DOMINGO

Alin Mabet Gil Heredia¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

En República Dominicana la malaria es una enfermedad objeto de vigilancia, Tradicionalmente, la transmisión de la malaria en el país ha ocurrido con más frecuencia en hombres, en personas jóvenes y en zonas rurales.

Desde el año 2014 se ha registrado un incremento del número de casos en las zonas urbanas y periurbanas de la provincia de Santo Domingo y del Distrito Nacional. Atribuyéndose al desplazamiento de la población hacia las grandes ciudades por motivos laborales y en zonas vulnerables.

A pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades para eliminar la transmisión autóctona de la malaria, para el 2019 el 60% de los casos registrados estaban localizados en las zonas urbanas de Santo Domingo, en zonas con difícil acceso a establecimientos de salud, en proximidad de ríos, lo que torna más complejo la reducción de los casos en esta zona. (1)

Para dar respuesta a este aumento de casos en las zonas urbanas, se identificó personas que tuvieran asentamiento en la zona para fungir como colaboradores comunitarios. Su función consiste en la participación comunitaria efectiva, en la cual estarían al frente de la realización de búsqueda pasiva y activa; toma de muestra, la aplicación de tratamiento, notificación de caso casos, con la finalidad de reducir los tiempos de detección de los casos, la aplicación del tratamiento y la notificación oportuna. (2)

OBJETIVO

Analizar el alcance y la efectividad de los colaboradores comunitarios en la detección de malaria en zonas urbanas vulnerables, como parte de las estrategias de prevención y promoción de la salud

METODOLOGIA

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, realizado entre julio 2019 y agosto 2020 en el foco activo de malaria La Ciénega, ubicado entre Pedro Brand (Santo Domingo Oeste) y Quita Sueño (San Cristóbal) en la República Dominicana. Se analizaron los registros de 776 personas con sospecha de malaria atendidas por colaboradores comunitarios, con énfasis en diagnóstico, tratamiento oportuno y características sociodemográficas

1 Asociación Latinoamericana de Medicina Social Capitulo Republica Dominicana. E-mail: dra.alingil@gmail.com

La población estuvo compuesta por 776 personas sospechosos de malaria que se les realizó una prueba confirmatoria por los colaboradores comunitarios, en el foco de malaria la Ciénega.

RESULTADOS

De los 776 sospechosos de malaria a todos se le realizó una prueba rápida por uno de los colaboradores comunitarios, acortando el tiempo desde inicio de síntomas hasta la búsqueda de atención médica, minimizando el riesgo de complicaciones.

Al realizar el levantamiento de los casos detectados por los colaboradores comunitarios se identificó que todos los casos confirmados de malaria, 123 casos positivos, fueron por *Plasmodium falciparum*, afirmando la no transmisión de casos de malaria de otras especies, importante debido a la alerta epidemiológica emitida por la OMS sobre la introducción de transmisión de *P. Vivax* en países no endémicos.

Los casos positivos iniciaron tratamiento durante las primeras 24 horas después del diagnóstico, lo que permitió cumplir con el esquema nacional de tratamiento establecido, no se reportó casos abandono del tratamiento logando culminar el esquema el 100% de los casos reportados, ya que los colaboradores comunitarios acercaba a sus casas el tratamiento el cual era supervisado, sin embargo en los registros de ese mismo periodo para otros focos activos de transmisión de malaria donde no cuentan con colaboradores comunitarios. (3)

Rango de edad más afectado es el de 20-29 años, siendo el sexo masculino el más afectado, confirmando los datos nacionales que muestran a los hombres como mayor número de incidencia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

La utilización de colaboradores comunitarios en la lucha contra la malaria en la República Dominicana ha demostrado ser una estrategia clave para mejorar la efectividad y sostenibilidad de los esfuerzos de control y eliminación de esta enfermedad. Estos colaboradores, que son miembros activos de las comunidades locales, juegan un papel fundamental al actuar como agentes de sensibilización, promotores de buenas prácticas preventivas y facilitadores en la detección temprana de casos. Su cercanía con las comunidades les permite identificar rápidamente brotes de malaria, educar a la población sobre el uso adecuado de mosquiteros, la eliminación de criaderos de mosquitos y fomentar la importancia del tratamiento oportuno. (4)

Los resultados han demostrado que los programas que involucran activamente a las comunidades tienen una mayor tasa de aceptación y adherencia, lo que facilita el control efectivo de la malaria a nivel local.

REFERÊNCIAS

- (1) Republica Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional de control y eliminación de la Malaria. Informe técnico. Santo Domingo: Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales, Viceministerio de Salud Colectiva; 2015.
- (2) Republica Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Términos de referencia para la contratación de personal, evaluadores de tareas en la gestión de focos. Términos de contratación. Santo Domingo: Centro de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis; 2019.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Marco para la eliminación de la malaria Washington, D.C: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; 2017.
- (4) Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Vigilancia de Malaria. Protocolo. Santo Domingo: Dirección General de Epidemiología, Subsistema de Vigilancia de Enfermedades; 2020.

PRÁTICAS INOVADORAS PARA A QUALIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Ana Clara Fraga¹

Caique Pereira Santos

Ednéa Harckbart

Maria Angelica Callegario Vieira

Mariana Pereira Monteiro

Maristella Zamborlini Macedo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os conselhos de saúde, garantidos pelas Leis 8.080/1990 (1) e 8.142/1990 (2) – que instituem a participação comunitária e o caráter deliberativo desses espaços no Sistema Único de Saúde – são instrumentos essenciais para o controle social. Contudo, sua mera existência não assegura que cumpram efetivamente seu papel de representar a sociedade e influenciar as decisões sobre saúde pública (3). Esses espaços demandam constante aprimoramento para garantir sua eficácia na promoção da cidadania e na escuta ativa das necessidades da população. Identificando essa necessidade, surgiu, em 2022, o Projeto Práticas Inovadoras para a Participação Social em Saúde (PDPi), uma parceria entre o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES-ES) e o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). O projeto busca qualificar os espaços da participação social do SUS capixaba e potencializar o papel dos(as) conselheiros(as) de saúde e demais atores sociais, promovendo uma gestão mais alinhada com as demandas sociais e as necessidades da população.

OBJETIVO

Este relato tem como objetivo apresentar a experiência do Projeto Práticas Inovadoras para a Participação Social em Saúde (PDPi), detalhando as ações implementadas, os desafios enfrentados e os resultados obtidos no processo de qualificação da participação social e fortalecimento do controle social nos conselhos de saúde do Espírito Santo.

METODOLOGIA

O Projeto PDPi é desenvolvido por meio de cinco vertentes complementares, essenciais para o fortalecimento do controle social e a qualificação dos conselheiros de saúde. A primeira vertente é o diagnóstico situacional semestral do CES-ES, que mapeia o funcionamento do conselho, identificando áreas de melhoria. A segunda vertente é o apoio técnico contínuo ao CES-ES, em que a equipe acompanha as comissões e comitês, colaborando na produção de documentos e manifestações que qualificam as produções do CES. A terceira vertente é a educação permanente, com atividades

1 Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. E-mail: anafraga.trab@gmail.com

educativas diversificadas, como qualificações, rodas de conversa e encontros online. Na área de comunicação, o projeto utiliza as redes sociais e cria conteúdos digitais e materiais gráficos, além de realizar um levantamento mensal das principais notícias de saúde do Espírito Santo, democratizando o acesso da população às discussões sobre políticas públicas. A quinta vertente envolve a pesquisa, com a realização de estudos e publicações que buscam continuamente aprimorar as práticas nos conselhos, gerando evidências que orientam a gestão do SUS no Espírito Santo.

RESULTADOS

Desde sua implementação, o PDPi alcançou mais de 600 conselheiros(as), secretários(as) executivos(as) e lideranças comunitárias por meio de ações educativas, como oficinas regionais, capacitações e rodas de conversa. A produção de documentos técnicos, como relatórios, pareceres, resoluções, moções e recomendações, tem sido um apoio fundamental ao CES-ES, influenciando diretamente na qualidade dos produtos. A criação de redes sociais e a divulgação constante das ações do CES-ES ampliaram sua visibilidade, alcançando milhares de pessoas e gerando maior engajamento nas discussões sobre políticas públicas de saúde. A pesquisa tem sido um componente essencial do projeto, com destaque para o estudo “Participação Social no Espírito Santo: Conferências e Conselhos de Saúde como Espaços para Efetivação dos Direitos Humanos na Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Vila Velha (UVV). Além disso, o projeto desenvolve outros estudos, com trabalhos apresentados em espaços relevantes, como o Laboratório de Inovação em Saúde (LIS) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no 16º Congresso da Rede Unida, onde foram apresentados cinco trabalhos, e no 2º Simpósio de Inovação e Gestão na Saúde (SIGS), onde um trabalho recebeu menção honrosa e ficou em segundo lugar geral. Os resultados do PDPi ultrapassam o aspecto quantitativo, refletindo também uma transformação qualitativa no fortalecimento do controle social e no engajamento nas políticas públicas de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O PDPi tem se mostrado fundamental para o fortalecimento da participação social e do controle social no Espírito Santo, garantindo maior visibilidade e transparência nas discussões sobre políticas públicas de saúde. A qualificação contínua dos conselhos de saúde tem se mostrado essencial para que esses espaços sejam verdadeiramente democráticos e representativos das necessidades da população. O projeto segue empenhado em contribuir para a construção de um SUS mais participativo e alinhado às demandas da sociedade capixaba.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei n. 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. 1990 Set 20; Seção 1:1.

- (2) Brasil. Lei n. 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. 1990 Dez 31; Seção 1:1
- (3) Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(5):1431-40.

PROBLEMAS DE SALUD GES Y PARTICIPACIÓN DEL KINESIÓLOGO, UNA MIRADA DESDE EL ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Paula Marchant-Pérez¹

Rachel Arancibia

Antje Reyes

Javiera Olivares

INTRODUCCIÓN

El año 2005 Chile implementa una reforma de salud de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud, que garantiza en los problemas de salud seleccionados el derecho al acceso, protección financiera, calidad y oportunidad (1). La reforma incluye un total de 85 problemas de salud para las garantías explícitas en salud (GES) (2). Una de las herramientas de apoyo son las guías clínicas GES que contienen las directrices de abordaje terapéutico y sirve de ayuda a los profesionales de la salud (3). Además, está la Norma Técnica Administrativa que entrega definiciones sobre las prestaciones GES, como la atención kinésica integral que incluye evaluación y procedimientos de rehabilitación (1). En este sentido, las competencias del kinesiólogo (4), es decir, el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para una tarea, correspondientes a diagnóstico, evaluación, pronóstico y tratamiento permitirían que el kinesiólogo pueda participar en los equipos de la GES. Razón de ello surge la interrogante sobre en cuáles problemas de salud GES el kinesiólogo participa dado las competencias profesionales que tiene.

OBJETIVO

Los objetivos de este estudio son determinar los problemas de salud GES para los que el kinesiólogo tiene las competencias profesionales y determinar si participa en esos problemas como parte del equipo de salud.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal desarrollado en dos etapas: 1) Determinar los problemas GES para los que tiene las competencias profesionales; y 2) Determinar la participación en aquellos problemas de salud GES para los que tiene las competencias. En la etapa 1 se desarrolló una revisión de la literatura para determinar las competencias profesionales en el área respiratorio, neuromusculoesquelético y áreas de especialidad kinésica. Luego se revisaron los problemas de salud GES incluidos hasta junio 2022 y se establecieron aquellos en los que el kinesiólogo podría participar. En la etapa 2 se revisaron las guías clínicas GES de los problemas determinados en la etapa 1 y/o sus resúmenes ejecutivos. Se evaluó la participación en los siguientes ítems: flujograma de acción, prevención primaria, sospecha

1 LESET-IdIHCS/UNLP-CONICET. E-mail: mallevilesofia@gmail.com

y diagnóstico de la patología, tratamiento, complicaciones, educación, seguimiento, desarrollo de la guía y autores. Se estableció la participación explícita, implícita y no participación, además de NA para aquellos ítems en los que no aplica la participación del kinesiólogo. El análisis de los datos se efectuó a partir de estadística descriptiva de conteo de frecuencias.

RESULTADOS

La revisión de las competencias del kinesiólogo y posterior revisión de los problemas de salud GES determinó que el kinesiólogo debiese participar en 44 de ellos. La revisión de las guías y/o resúmenes ejecutivos entregó que los mayores porcentajes son: 56.8% de participación en autores, 40.9% participación implícita en complicaciones y 43.2% no participa en flujograma y educación, que solo presenta 13.6% y 11.4% de participación respectivamente. Además, se obtuvo un 43.2% de NA en diagnóstico. A nivel de grupos de problemas de salud, la mayor participación es en Salud del adulto mayor de 65 años, luego presenta mayor participación implícita en Enfermedades del corazón y cerebro, y mayormente no participa en Enfermedades crónicas. En Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido y Accidentes graves, se presentan los mayores porcentajes de NA o no se encontró material disponible para su revisión, seguido de Salud mental, sin embargo, estos problemas de salud también presentan un alto porcentaje de no participación en el ítem autores, con 100%, 50% y 50% respectivamente.

CONSIDERACIONES

El kinesiólogo desarrolla sus competencias profesionales a través de su formación académica adquiridos, por tanto, tiene una formación integral. Este estudio evidencia que en las competencias profesionales destaca el ser un profesional a cargo de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y educación de las personas, por lo que podría participar en 44 problemas de salud GES.

La participación explícita del kinesiólogo es mayor en el grupo de salud del adulto mayor de 65 años, implícita en el grupo de enfermedades del corazón y cerebro y la no participación en el grupo de enfermedades crónicas y en general participa más de forma implícita.

No declarar que el kinesiólogo es el que debe otorgar el servicio podría inducir a una merma en el acceso a una atención de salud integral y garantía de acceso GES. También podría verse afectada la garantía de protección financiera, pues una guía que no especifica ciertas atenciones obliga a los usuarios a costear sus prestaciones.

REFERENCIAS

- (1) Chile. Ministerio de Salud. Decreto 45. Aprueba normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la ley 19.966. 7 Jun 26, 2015. Disponible em: <https://bcn.cl/2gx4o>.
- (2) Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Decreto no 22, 2019. Diálogo Oficial; 2019 [acceso 2022 Jun 28]. Disponible em: <https://auge.minsal.cl/website/doc/decreto.pdf>
- (3) Danilla ES *et al.* Análisis crítico de guía clínica GES gran quemado versión 2007. Rev chilena cirugía. 2011 Jun;63(3):262–269.
- (4) Clark C, Kirwan GM, Dalton MB. Rating of physiotherapy student clinical performance: is it possible to gain assessor consistency? *In:* The 4th European Congress of the ER-WCPT. 2016. p. S33–S34.

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO À TRABALHADORA HOSPITALAR (PATHOS) EM DEFESA DA SAÚDE DAS TRABALHADORAS DO SUS E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL, EM BETIM/MG

Rayanne Rodrigues Rosa¹
Jean Carlos Gomes dos Santos
Amanda Gonçalves de Souza
Vitória Regina Assis Reis
Márcia Colamarco Ferreira Resende

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador desempenham um papel fundamental na consolidação das políticas públicas no Brasil. A I Conferência, realizada em 1986, foi um marco ao propor a incorporação da saúde do trabalhador ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de enfatizar a importância da participação social na vigilância das condições de trabalho (1). Já a II Conferência, ocorrida em 1994, reforçou diretrizes como a municipalização das ações e a intersetorialidade, buscando integrar diferentes esferas de governo e setores sociais na formulação de estratégias voltadas à promoção da saúde dos trabalhadores (2).

Nesse contexto, a “1ª Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Betim/MG”, realizada em 21 de março de 2025, representou um avanço histórico do município na luta pela saúde do trabalhador e refletiu as diretrizes defendidas desde 1994. Como etapa importante da “Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, a Plenária destacou a participação popular na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para o controle social. Ao participar ativamente da Plenária, o Programa de Acolhimento à Trabalhadora Hospitalar (PATHOS) teve um papel essencial, contribuindo com propostas concretas para a promoção da saúde das trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovendo a participação social e cidadania ativa.

OBJETIVO

Relatar a experiência da participação do PATHOS na Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do município de Betim/MG, destacando a contribuição do projeto na formulação de propostas para a promoção da saúde das trabalhadoras do SUS e seu papel na promoção da participação social e cidadania ativa.

METODOLOGIA

O PATHOS é um dos grupos de trabalho do PET-Saúde Equidade 2024/2026, realizado em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG e pela PUC Minas – Campus Betim. Um

1 Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais. E-mail: rayannerrosa89@gmail.com

dos seus objetivos é desenvolver e implementar ações e políticas que garantam um ambiente de trabalho seguro e respeitoso para as trabalhadoras hospitalares do SUS no município. Para alcançar tal objetivo, uma das estratégias da equipe foi participar da 1ª Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, do município.

A equipe do PATHOS confeccionou um cartaz que ficou fixado na entrada da Plenária e que continha a seguinte chamada: “Trabalhadoras do SUS Betim merecem ser cuidadas! Escreva aqui o que pode ser feito para tornar isso realidade”. Abaixo das frases havia um espaço em branco e uma caneta pendurada, como um convite para o público da Plenária escrever ali as suas reflexões e sugestões e 4 integrantes do PATHOS ficaram ao lado do cartaz promovendo a escuta e interação com o público que chegava. Além disso, foi montado um painel de fotos das diversas ações realizadas pelo programa no Hospital Público Regional de Betim. Após essa recepção, a equipe do programa participou da Plenária.

RESULTADOS

A exposição das fotos e do cartaz interativo gerou grande impacto entre os trabalhadores presentes, promovendo o sentimento de pertencimento e acolhimento. Algumas respostas como: “Dignidade para exercer o trabalho”, “Respeito ao trabalhador e ao teu conhecimento”, “Melhores condições de trabalho”, sintetizam a importância da participação popular em eventos que trazem como plano central a saúde das trabalhadoras do SUS. O reconhecimento dessas mensagens pelos próprios participantes, reforçou ainda mais a urgência da implementação de ações concretas para a melhoria das condições de trabalho no setor da saúde pública. Como os integrantes do PATHOS estavam com a camisa do projeto, isso permitiu que os diferentes atores sociais reconhecessem o compromisso do programa com a temática.

Durante a plenária, o grupo participou ativamente na construção e defesa de propostas fundamentais no âmbito do PATHOS. Entre as propostas estavam a realização de ações de promoção da saúde para as trabalhadoras do SUS; a obrigatoriedade de exames periódicos e acompanhamento contínuo da saúde dos trabalhadores. O envolvimento nesse processo demonstrou o compromisso acadêmico com a transformação da realidade dos trabalhadores.

Outro momento de grande relevância foi a eleição de uma estudante da equipe do PATHOS como delegada para a Conferência Macrorregional de Saúde de Minas Gerais. Esse reconhecimento reforça a importância da participação estudantil na formulação de políticas públicas e evidência o impacto social da iniciativa. A participação dos alunos na plenária fortaleceu, ainda, sua formação profissional, promovendo um compromisso ativo com a vigilância das condições de trabalho e o exercício da cidadania.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A participação do grupo PATHOS na 1ª Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Betim/MG representou um importante exercício de cidadania ativa e engajamento

social por parte dos estudantes envolvidos. Por meio da escuta qualificada e da construção coletiva de propostas, o grupo contribuiu diretamente para o debate sobre a valorização das trabalhadoras do SUS e a melhoria das condições de trabalho no setor da saúde. As propostas apresentadas, voltadas à promoção da saúde, realização de exames periódicos e acompanhamento contínuo, têm potencial real de contribuir para a melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida das profissionais. A eleição de uma estudante como delegada para a etapa macrorregional fortalece o diálogo entre a universidade, o SUS e a sociedade civil, ampliando a participação democrática e a construção conjunta de soluções para os desafios da saúde pública

REFERÊNCIAS

- (1) Freitas CM, Silva Junior AG, Porto MFS. A saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev Bras Saúde Ocup. 2021;46:e15.
- (2) Ramos AK, Silva DR, Costa AM. Políticas públicas de saúde do trabalhador: avanços e limites das conferencias nacionais. Saúde Soc. 2021;30(2):e200310.

PROJETO ESCOLA CIDADÃ NA SEMANA UNIVERSITÁRIA DE 2024: REFLEXÕES SOBRE A EXTENSÃO ACADÊMICA NAS ESCOLAS DO DISTRITO FEDERAL

Suzy Nascimento da Silva¹
Julys Nathan Ferreira Soares
Natália Fernandes Andrade
Dayara Janne Patriota Dutra Lima
Sílvia Régia Vieira de Freitas Filha
Jonathas Riquiel da Silva Rodrigues
Josivania Silva Farias
Maria Fátima Sousa
Ana Valéria Machado Mendonça

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A extensão acadêmica é reconhecida como um dos pilares fundamentais para a formação acadêmica, bem como para o apoio e inserção da comunidade no ambiente acadêmico e fortalecendo dos vínculos sociais e cocriação de conhecimento.

Para Oliveira e Garcia, extensão tem sido vista como um espaço privilegiado para viabilizar a interação do social e do institucional, em variadas e amplas dimensões, a fim de difundir e construir novos conhecimentos, frutos da intensa reflexão provocada sobre paradigmas atuais (1).

Considerando as necessidades das comunidades em situação de vulnerabilidade no Distrito Federal, o projeto Escola Cidadã “Promovendo Comunicação Positiva para o enfrentamento da Desinformação em Saúde no Distrito Federal” que busca compreender desenvolver estratégias de fortalecimento das ações de comunicação popular e comunitária em saúde, contribuindo para desconstrução de narrativas falsas na saúde, incentivando o acesso da população à informações sobre prevenção e promoção de saúde e objetivando fortalecer a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) estruturada em documentos institucionais e diretrizes da Organização das Nações Unidas (ONU) baseados na Agenda 2030 e os 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) além da apresentação de uma proposta de Alfabetização midiática informacional (AMI) defendida pela UNESCO.

OBJETIVO

O objetivo do resumo é apresentar uma reflexão sobre a gincana elaborada nas escolas parceiras do Projeto Escola Cidadã, com a finalidade de compreender os benefícios dessa parceria escola-universidade e o fortalecimento da extensão acadêmica para as comunidades escolares e Universitária envolvidas no projeto.

1

Universidade de Brasília. E-mail: suzy18_Nascimento@outlook.com

METODOLOGIA

O projeto se fundamenta em uma metodologia qualitativa que busca compreender percepções e subjetividades para aproximação da realidade das pessoas envolvidas além de proporcionar ao pesquisador o entendimento do cenário pesquisado, dos sujeitos e fenômenos investigados(2) baseando-se em iniciativas problematizadoras e participativas por meio de oficinas de sensibilização temática e educação midiática em saúde como estratégia para enfrentar a desinformação.

Em relação as ações realizadas pelo Projeto, houve a indicação prévia das escolas já integradas na iniciativa e a ampliação para outros territórios e a metodologia ativa de oficinas temáticas com a finalidade de desenvolver o enfrentamento da desinformação em saúde através de uma comunicação não-violenta, crítica e cidadã.

Por fim, a gincana interescolar foi organizada e ministrada nas escolas e promoveu o diálogo entre os alunos além dos muros escolares, permitindo a cocriação de narrativas em saúde baseadas em evidências científicas. Esse processo estimulou e estruturou a pesquisa orientada, a consciência sanitária e a ciência cidadã.

RESULTADOS

Como resultado das propostas do projeto, foi realizada uma gincana de encerramento com as escolas participantes.

A gincana foi dividida em duas fases e com desafios em temas relacionados à saúde coletiva. Os desafios foram definidos previamente pelos pesquisadores da Universidade de Brasília nos seguintes desafios: Vacinação, Alimentação saudável e exercícios físicos, Saneamento básico, Acesso a serviço de saúde, Arbo e Saúde sexual e reprodutiva e prevenção ao HIV e IST.

As aulas foram ministradas pelos alunos de graduação com o auxílio dos docentes da Secretaria de Educação do Distrito Federal (SEEDF) em conjunto com os Professores da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

As atividades da gincana iniciaram na modalidade intraescolar com eventos realizados nas turmas que foram participantes e finalizou na Semana Universitária de 2024 com um encontro entre as turmas representantes de todas as escolas no Campus Darcy Ribeiro.

Em números, o encontro reuniu 213 estudantes e seus professores responsáveis, além da equipe vinculada ao projeto. Todas as atividades aplicadas nas escolas ocorreram de forma concomitante e incluiu todos os estudantes em equipes formadas no momento da chegada dos ônibus ao centro olímpico.

A atividade não foi categorizada em vencedores, todos os estudantes que participaram de forma direta, foi reconhecido com uma medalha e um certificado, já que o resultado esperado era da participação social dos estudantes, aproximação da Universidade e das comunidades, o fortalecimento da extensão universitária e a prevenção de doenças e promoção da saúde utilizando a comunicação positiva para uma construção da saúde crítica e cidadã.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Com o presente trabalho é possível inferir que a prática extensionista aliada a cooperação entre estudantes da graduação, professores da educação básica e da Universidade e pesquisadores técnicos e voluntários tem um papel decisivo em fortalecer o sistema único de saúde e avançar na construção de uma educação crítica, orientadora e libertadora.

Os métodos utilizados na gincana trazem em seu cerne além do conhecimento acadêmico, a proximidade com as mídias digitais com o objetivo da tradução do conhecimento e o enfrentamento a desinformação. Por fim, a aproximação da Universidade e Sociedade através da extensão acadêmica cumpre um dos papéis do ensino-aprendizagem que são a pesquisa, o ensino e a extensão.

REFERÊNCIAS

- (1) Oliveira TMN, Garcia BRZ. A extensão e o seu papel na formação acadêmica. Rev Univali. 2019;14(1):111- 117.
- (2) Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

PROMOÇÃO DA DEMOCRACIA NO SUS: CONSTRUINDO A PARTICIPAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE NA COMUNIDADE

Juliana Roza Dias¹

Amanda de Lucas Xavier Martins

Emerson Kailan dos Santos

Caio de Souza Coelho

Maria Eduarda Barcellos do Nascimento

Hugo Pinto de Almeida

Rogério Bittencourt de Miranda

Valentina Sofia Suarez Baldo

Julia Tavares Ferreira Barros

Maria das Mercês Navarro Vasconcelos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A garantia do direito universal à saúde e atenção integral aos indivíduos, grupos populacionais e comunidades está relacionada aos processos de democratização e capacidade de mobilização da população para ampliação do acesso ao sistema de saúde. Além disso, a participação popular nas formulações, decisões e deliberações das políticas de saúde pode promover a melhoria da qualidade dos serviços e o atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com o contexto dos respectivos territórios. No Brasil, a participação da comunidade é um princípio constitucional da saúde e é regulamentada por dispositivo legal, legitimando o controle social da gestão das políticas de saúde no Estado, em todos os níveis de governo. Contudo, os processos de gestão democrática e participativa da saúde tem se desenvolvido de forma frágil nos espaços de atuação do controle social considerando que, além da baixa participação dos profissionais de saúde aos conselhos e conferências de saúde, percebe-se pouca aproximação dos profissionais e baixa adesão dos usuários aos espaços coletivos de diálogo e de construção compartilhada do conhecimento para fortalecimento da consciência político sanitária, com base nas necessidades de saúde percebidas pelos moradores nos territórios adscritos à Atenção Básica(1-4).

OBJETIVO

Relatar a experiência do Projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem da UERJ no desenvolvimento de atividades de educação e participação popular em saúde junto as escolas, aos profissionais e comunidade adscrita às equipes da Atenção Básica e conselheiros de saúde.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail:jullyroza2003@yahoo.com.br

METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência dos últimos 3 anos das atividades de extensionistas do Projeto. As estratégias metodológicas são baseadas nos princípios da Educação Popular em Saúde, trabalhando na perspectiva emancipatória de transformação e democratização da sociedade, a partir das demandas e necessidades da realidade local.

O projeto organizou uma Conferência Livre e Democrática dos Estudantes de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem, onde foram discutidas temáticas sobre o SUS, Saúde Coletiva e a Saúde Pública. Participamos na roda de conversa com mulheres da Comunidade do Morro dos Macacos onde discutimos acerca da importância do SUS e a participação das mulheres nos espaços de participação social. Participamos da Feira de Saúde na Escola na ilha da Madeira, município de Itaguaí. Desenvolvemos uma atividade educativa com crianças e adolescentes abordando a temática “Onde está o SUS?” que objetivou-se refletir de forma dinâmica e interativa a abrangência do SUS no cotidiano da sociedade brasileira. Participamos das reuniões de colegiado da Clínica da Família Recanto do Trovador situada no Parque do Trovador, no bairro Vila Isabel, onde realizamos o levantamento das demandas e problemas do território no período de janeiro a junho de 2024. Destacamos: Falta de limpeza no Parque, especificamente no lago; alto descarte de copos descartáveis no parque, aumento do número de casos de arboviroses, Baixa adesão à vacinação contra dengue, ONG AMAR solicita atividades educativas voltadas para as jovens mulheres, rotatividade de profissionais médicos em duas equipes. Atualmente estamos articulando com o colegiado gestor alternativas de divulgação das demandas e estratégias de solução para a comunidade e para os profissionais de saúde da Clínica para o fortalecimento dos espaços de controle social e de participação popular. Participamos da roda de conversa com mulheres da Comunidade do Morro dos Macacos onde discutimos acerca da importância do SUS e a ocupação das mulheres nos espaços de participação social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que as ações do Projeto de extensão busca-se demonstrar a função do controle social e divulgar as reuniões e atividades do conselho de saúde para a população, visando garantir direito universal à saúde, melhorias na qualidade de vida e fortalecimento dos serviços públicos, representando avanços importantes para a democracia, justiça e bem viver na sociedade.

REFERÊNCIAS

- (1) Martins ALX, Santos SMR. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. *Saúde Soc*, 2012;21(1):199-209.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS-ParticipaSUS. Brasília, BR: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2025 abr 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_participativa_sus.pdf
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 abr 2025.

- (4) Muñoz GRA. Gestão participativa no colegiado na área de planejamento 5.3 no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

PROMOCAO DA SAUDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE E SEU ENTORNO: DISCURSOS DE COORDENADORES DE EXTENSAO

Adriana da Silva santiago¹

Vera Maria Saboia

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nos debates em torno do compromisso social da universidade, a extensão universitária passa a atribuir às universidades uma participação ativa na construção da coesão social, no aprofundamento da democracia, na luta contra a exclusão social, degradação ambiental e diversidade cultural (1).

Nesse sentido, ressalta-se que a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão requer que a pesquisa e a extensão sejam tomadas como um princípio educativo das atividades docentes e discentes, com a ótica de que educar corresponde a promover um envolvimento e comprometimento com a realidade e elaboração criativa de soluções alternativas.

A articulação e mapeamento de ações de promoção da saúde desenvolvidas no território da universidade tem por objetivo fortalecer e desenvolver parcerias, além de unir esforços que auxiliem a comunidade a pensar e viver as questões da saúde compreendendo sua complexidade e a importância do protagonismo do sujeito e da coletividade para ampliar fatores de proteção à saúde minimizando fatores que podem levar ao adoecimento.

OBJETIVO

Em 2020 a Universidade Federal Fluminense integrou-se à Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras da Saúde por aplicar modelos pedagógicos inovadores que visam construir uma cultura institucional de Promoção da Saúde(2). Nesse contexto, este estudo tem como questão norteadora: *Que visão possuem os coordenadores de projetos e programas de Promoção da Saúde, cadastrados na Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense (PROEX/UFF), sobre a UFF como Universidade Promotora da Saúde?* Assim, o objetivo foi discutir a visão que coordenadores de projetos e programas de Promoção da Saúde, cadastrados na Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense, têm sobre a UFF Promotora de saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido com 29 coordenadores de programas e projetos de Promoção da Saúde cadastrados na Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense (PROEX/UFF), localizada no sudeste do Brasil. Este estudo integra a tese de doutorado, intitulada “A Universidade Federal Fluminense Promotora da Saúde: Um Processo Transformador”

1

E-mail: santiagoadriana151@gmail.com

vinculada ao Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Os convites aos participantes, juntamente com o TCLE e questionário auto- preenchível foram enviados por meio da plataforma dessa Pró-Reitoria, em janeiro e fevereiro de 2021. O questionário foi estruturado da seguinte maneira: apresentação do título, objetivo do estudo e questões do questionário quanto à caracterização dos participantes e perguntas abertas sobre ações de Promoção da Saúde desenvolvidas na universidade. As perguntas foram: em sua opinião, qual a repercussão das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas em 2019 e 2020 com a comunidade universitária e seu entorno, pelo projeto sob sua coordenação? Que outras ações e/ou serviços de Promoção da Saúde necessitam ser realizados na Universidade a fim de contribuir na saúde da comunidade universitária, com alcance no ambiente externo? Qual sua visão sobre a Universidade como ambiente de Promoção da Saúde? Esta pesquisa considerou os 32 itens de verificação dos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O Critério de inclusão considerou os coordenadores de ações de extensão cadastradas na plataforma do PROEX/UFF, voltadas para a promoção da saúde da comunidade universitária e seu entorno. O roteiro do formulário foi elaborado visando responder ao objetivo traçado pelo estudo. Tais formulários foram autorizadas por meio de uma carta-convite e TCLE enviados previamente, através da plataforma da PROEX-UFF.

Como técnica de análise utilizou-se a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)(3). Trata-se da organização de dados qualitativos, de natureza verbal/escrita, obtidos por depoimentos orais ou escritos, que iluminam opiniões coletivas, extraíndo de cada narrativa idéias centrais, ancoragens e expressões-chaves correspondentes que comporão o pensamento coletivo sobre um tema determinado.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) sob o parecer de número 48714621.1.0000.5243. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informados sobre o anonimato e a natureza voluntária da pesquisa.

RESULTADOS

A caracterização dos participantes mostrou os seguintes resultados: quanto ao sexo (82,8%) sexo feminino, quanto a cor autodeclarada (89,7%) cor branca, todos os coordenadores eram professores (100%), profissionais da área da saúde (64,6%) e na faixa etária entre 41 e 65 anos.

Consideramos alcançado o objetivo, proposto pelo estudo, com a obtenção do Discurso do Sujeito Coletivo e a elaboração de uma análise qualitativa baseada nos pressupostos da análise do sujeito coletivo. A análise dos discursos evidenciou que, apesar das adversidades oriundas da própria estrutura acadêmica compartimentada, do corporativismo de seu funcionamento e estrutura, das lógicas do mercado vigentes no campo da educação e do conhecimento, do momento de crise pandêmica e

econômica, há que se voltar a atenção para a importância das alternativas possíveis apresentadas pelo estudo em tela e sobre a função social da Universidade, uma vez que devemos seguir com esperança de dias melhores, afastando a desesperança e fortalecendo a extensão, para ampliar, de modo contra-hegemônico, o vínculo entre a Universidade e a sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Universidade Federal Fluminense tem incentivado modelos pedagógicos inovadores que visam construir uma cultura institucional de Promoção da Saúde no itinerário formativo e influenciar a qualidade de vida e o bem-estar individual, comunitário e organizacional. Dessa forma, vem desenvolvendo um plano de gestão coerente com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde e os documentos internacionais que fundamentam e norteiam uma Universidade Promotora da Saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Colette MM. Pesquisa- Ação Participativa e Compromisso Social da Universidade. Curitiba: Editora CRV; 2021.
- (2) Red Iberoamericana De Universidades Promotoras De Salud. Disponível em em: <http://riupsestudiantes.wixsite.com/riups>.
- (3) Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo. Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL COM ADOLESCENTES NO CONTEXTO ESCOLAR

Claudia Reis Miliauskas¹

Iolanda de Salles Fonseca Carvalho

Luísa Fagundes Coutinho Costa

Gabriela de Fátima Gonçalves Salomão Pereira

Apesar de iniciativas de promoção da saúde mental em escolas serem comuns em outros países, no Brasil, há poucos estudos e propostas nesse campo, especialmente os que conectam à Atenção Básica e à Rede de Atenção Psicossocial (1). Portanto, é crucial fortalecer a articulação entre saúde e educação para ampliar essas ações, considerando as escolas como pontos essenciais de acessos para crianças e adolescentes. Este trabalho aborda ações de saúde mental no ambiente escolar, com foco na promoção do bem-estar dos estudantes, profissionais e demais membros da comunidade. O projeto consiste em uma iniciativa interdisciplinar de extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) de promoção de saúde mental direcionada a adolescentes em escolas públicas do município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma proposta que conta com a participação de três universidades localizadas no município do Rio de Janeiro—UERJ, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio) e Universidade Veiga de Almeida (UVA), envolvendo profissionais médicos, psicólogos, jornalistas e de artes cênicas. O projeto tem como objetivo desenvolver ações de promoção à saúde mental, direcionada a adolescentes de 12 a 15 anos pertencentes a escolas públicas do município do Rio de Janeiro, de forma conjunta com docentes e discentes da instituição, assim como com seus familiares.

O objetivo do trabalho é descrever a experiência de um grupo de profissionais e estagiários ligados a um projeto de extensão que tem como foco principal, a promoção de saúde mental em escolas fortalecendo o bem-estar psicológico e emocional de alunos e professores a partir de práticas integradas à saúde mental.

A equipe do projeto propõe, ao início da intervenção, a instalação de uma comissão colegiada composta por discentes, docentes, profissionais da escola e da equipe do projeto, que será responsável pela concepção, implementação e avaliação de iniciativas de promoção de saúde mental no contexto escolar. Busca-se com essa comissão ampliar o protagonismo e a participação dos atores envolvidos nas ações de promoção em saúde mental.

A equipe do projeto, junto à coordenação e profissionais da área de saúde mental da unidade avalia as principais demandas daquela comunidade no que se refere à promoção de saúde mental, e estrutura de forma conjunta ações junto aos professores e estudantes. Estas ações podem se constituir em diversos formatos, como por exemplo oficinas de artes em diferentes linguagens, dramatizações, rodas de conversa, atividades lúdicas, dentre outras iniciativas criativas.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: claudia.miliauskas@uerj.br

Destaca-se que as mesmas ocorrerão em parceria com estudantes e profissionais, de acordo com as demandas identificadas, de maneira a implicá-los no processo e tomá-los como sujeitos ativos. Ao longo do processo, a comissão colegiada fará o acompanhamento e avaliação das ações.

O contato com a escola teve início em março de 2025, com reuniões entre a equipe do projeto, direção da escola e o Núcleo de Psicologia Escolar e Serviço Social. Nessas reuniões, discutiram-se os principais problemas relacionados à saúde mental no ambiente escolar, as dificuldades enfrentadas e estratégias já existentes. Iniciou-se também a aproximação com a comunidade escolar, o reconhecimento das rotinas e a identificação de atores-chave entre docentes e discentes, além da estruturação da comissão colegiada.

Foram planejadas ações de maio a dezembro de 2025. Com os estudantes, as atividades serão quinzenais, voltadas às turmas do 9º ano do Ensino Fundamental II. Com os professores, os encontros serão mensais, contemplando todo o corpo docente do EFII. Serão utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como: (i) dramatização de cenas-problema; (ii) dinâmica “mitos ou verdades” sobre saúde mental; (iii) construção coletiva de manejo de situações escolares; (iv) jogo de tabuleiro com situações ligadas à saúde mental; (v) oficina de máscaras com foco nas emoções, conduzida pela professora de teatro.

Os temas serão definidos a partir de sugestões surgidas no diagnóstico inicial, com possibilidade de inclusão de outros. Entre os propostos estão: (i) violências e uso de substâncias; (ii) crises de saúde mental (suicídio, ansiedade, crise psicótica); (iii) desafios da escola frente ao sofrimento psíquico de estudantes; (iv) identidade de gênero e orientação sexual; (v) bullying; (vi) sexualidade e gravidez na adolescência; (vii) desenvolvimento cognitivo e socioemocional. A comissão colegiada acompanhará a implementação das ações, criará e aplicará instrumentos de avaliação, além de apoiar a continuidade das estratégias de promoção da saúde mental na escola.

Espera-se que a partir das atividades propostas junto aos adolescentes seja possível um amadurecimento emocional, otimização da escuta, diminuição de comportamentos violentos e maior possibilidade de expressão a partir das atividades. Em relação aos docentes, espera-se um enriquecimento no campo técnico-científico relacionado à promoção de saúde mental, assim como a otimização do manejo junto aos estudantes de situações relacionadas ao sofrimento psíquico, deficiências e transtornos mentais. Numa esfera mais ampliada, pretende-se diminuir a estigmatização e preconceitos relacionados aos portadores de transtornos mentais, assim como auxiliar na construção coletiva de ações de promoção de saúde mental no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

- (1) Cid MFB, Gasparini DA. Ações de promoção à saúde mental infantojuvenil no contexto escolar: um estudo de revisão. RFSA. 2016;13(1):97-114 .

PROMOCIÓN DE SALUD DESDE LA COMUNIDAD ORGANIZADA: FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE PROMOTORAS EN EL TERRITORIO

Clara Fariña¹

Renata Gisella Lario Galvez

INTRODUCCIÓN

Desde nuestro rol profesional como integrantes de la Misión de Salud Irma Carrica de Patria Grande, organización social y política, acercamos la propuesta de formación “Diplomatura en Gestión y Promoción de la Salud Comunitaria” de la Universidad Nacional de la Plata (UNLP) a las compañeras del Comedor Comunitario del Movimiento de Trabajadores Excluidos “Las Mirabal”. El comedor se sitúa en el Barrio Padre Carlos Mugica, ex villa 31 y 31-Bis, situado en Retiro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Para ello se articuló a través del convenio existente entre las instituciones, con el fin de ampliar la participación y dar lugar a la constitución de una estructura de gestión y acompañamiento de las estudiantes.

La propuesta de formación surge de la comprensión de la Salud como un problema social, enmarcada en un contexto cultural y político de un determinado lugar y época, que deriva en el desarrollo de desigualdades sanitarias (1). La Diplomatura parte de la perspectiva de la atención primaria de la salud, los derechos, de género. Estuvo atravesada de manera transversal por los ejes de salud comunitaria, determinaciones y desigualdades sociales de la salud, y la comunicación. Se buscó apostar a la Educación Popular como perspectiva y metodología para el desarrollo del proceso de la Diplomatura.

OBJETIVO

Los objetivos de la propuesta fueron, entre otros, formar promotoras de salud con el fin último de favorecer a ampliar la participación comunitaria en salud en el territorio; brindar herramientas de abordaje de la salud comunitaria a referentes barriales que fortalezcan la articulación con el sistema sanitario; y promover la triangulación institucional de la universidad con el territorio y con el sistema de salud.

METODOLOGÍA

Se implementó un espacio de formación de Promotoras de Salud con certificación a través de un Diploma Universitario.

De la propuesta fueron parte vecinas del barrio participantes del Comedor. La misma fue de carácter voluntario. Se realizaron adaptaciones a la currícula de acuerdo a las realidades locales y los

1 E-mail: clarifarina89@gmail.com

intereses de las participantes, respetando una mirada epidemiológica y comunitaria, con el fin de situar la formación al territorio. El cuerpo docente se conformó de profesionales de la Salud de distintos efectores del sistema sanitario, del propio barrio o no.

La propuesta contó con la participación activa de 19 estudiantes y tuvo el eje central en la construcción de pensamiento crítico y constructivo acerca de la Salud, la Salud Colectiva y el rol de las Promotoras de Salud como agentes vitales del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados-muerte. La Diplomatura en su carácter Universitario permitió a sus participantes una certificación superior, lo cual formaliza muchas de las acciones de cuidados ya realizadas en los espacios comunitarios.

La propuesta final de la Diplomatura incluyó aspectos prácticos que permitieron a las estudiantes aplicar los conocimientos adquiridos en jornadas territoriales de salud, denominadas Brigadas de Salud. Éstas consistieron en jornadas de atención de consultas de orientación y asistencia directa, así como actividades de promoción y prevención de la Salud con colaboración de profesionales voluntarios de diversas disciplinas. Fueron realizadas en el propio barrio y planificadas y coordinadas por las estudiantes.

En las brigadas se atendieron más de 200 consultas. Abarcaron orientaciones y asesoramientos, promoción de la Salud Sexual Integral y de enfermedades transmitidas por mosquitos, control de carnet de vacunación, de peso y talla pediátrica, asesoramiento por enfermedades crónicas no transmisibles, actividades de concientización y recreativas en sala de espera, entre otras.

El dictado de la Diplomatura fue también el puntapié para conformar un cuerpo de Promotoras de Salud diplomadas y elaborar otras actividades con fuerte característica territorial. La propuesta promovió la articulación intersectorial y facilitó el acceso a la salud más allá de la atención médica. Ésto se debió a la convicción de que la comunidad organizada y las promotoras de salud son actores del sistema de salud, porque como plantea Moro aportan en la construcción de viabilidad, promoción de la participación y la consecución de acuerdos (2).

Estas actividades se siguen llevando adelante por las promotoras de salud del Comedor.

CONSIDERACIONES

La Diplomatura permitió la confluencia de estudiantes universitarios, profesionales de la salud y parte de la comunidad organizada en una misma instancia de trabajo territorial. La construcción de instancias de formación para la población, sobre todo para aquella que ha ejercido o ejerce acciones de cuidados en su propia comunidad, desde un aprendizaje basado en la experiencia, y corriéndose de lo puramente academicista, aporta la reivindicación de lo local como base desde la cual emerge la información necesaria para la gestión de la salud, sin la pérdida de una visión global, tal como propone Alazraqui (3). O en palabras de Cunill, el componente de mancomunidad de la intersectorialidad (4). El aprendizaje mutuo, la comprensión del atravesamiento de la vida cotidiana en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados-muerte, son elementos que fortalecen la democracia y la salud como Derecho Humano.

Queda como desafío continuar esforzándonos por fortalecer la triangulación de redes en salud, conformada por Universidad, sistema de salud y comunidad organizada (5), como forma de entender y llevar adelante los cuidados en salud de la comunidad en los territorios.

REFERENCIAS

- (1) Di Virgilio M. Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de salud. En Gestión territorial integrada para el sector salud. UNGS; 2015.
- (2) Moro J. Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio. En Gestión territorial integrada para el sector salud. UNGS; 2015.
- (3) Alazraqui, Mota, Spinelli . El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):321-330.
- (4) Cunill Grau, N. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile; 2005.
- (5) Fonseca M, Malleville S. Diplomatura en promoción y gestión de la salud comunitaria : manual de formación para promotoras y promotores de salud [Internet]. 1 edición. Universidad Nacional de La Plata; 2024. Disponible en: <https://unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2024/08/Manual-salud-FINAL-1.pdf>

“RECUPEREMOS TODAS LA PLAZA KEVIN” LA FUERZA DE LA ORGANIZACIÓN BARRIAL DE UN SECTOR ESTIGMATIZADO, EN LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Sepúlveda Acuña Olivia¹

Arce Aguirre Alexis

Bernabé Ana

Braggio Cora

Contreras Lucía

Dioro Débora

Mártire Julieta

Sanchez Patricia Susana

Amoroso Antonella

Valeriano Gómez Edgar

Soloaga Piatti Natalia

INTRODUCCIÓN

En Argentina, Provincia de Buenos Aires, partido de Florencio Varela, se encuentra el barrio Villa Hudson. El mismo cuenta con tres sectores -diferenciados, determinados cultural y socioeconómicamente-. La investigación se centra en el sector de la tosquera, límite final del barrio, que se caracteriza por representaciones construidas en torno al territorio y a sus residentes, lo que opera como elemento segregador como territorio estigmatizado (1).

Ante este contexto nos preguntamos: ¿Cuáles son las representaciones sociales de los habitantes sobre su barrio y sobre sí mismos? ¿Cuáles son sus intereses respecto a su realidad cotidiana? ¿Serían factibles de abordar colectivamente generando transformaciones en el tiempo?

La salud de la población está condicionada por variados determinantes sociales y por la organización social que se genere para abordarlos.

Nuestro propósito es contribuir a la producción social de la salud (2) -proceso colectivo y dinámico- en donde los vecinos toman decisiones sobre sus vidas para ejercer su salud como derecho humano. Respetamos el derecho de nuestra comunidad a valorar su espacio público, promoviendo la construcción colectiva, equitativa, contribuyendo a la cohesión social.

OBJETIVO

Conocer los intereses y las representaciones sociales de los vecinos para llevar adelante colectivamente, cambios y transformaciones que perduren en el tiempo en el sector con más vulneraciones

1 Centro de Atención Primaria de la Salud Villa Hudson. E-mail: oliviasepulvedaacuna@gmail.com

del Barrio Villa Hudson de Florencio Varela en el año 2024-2025. Conocer las representaciones sociales de los vecinos sobre sí mismos y su barrio. Identificar sus intereses sobre su realidad. Utilizar herramientas participativas para generar procesos de organización comunitaria.

METODOLOGÍA

Este trabajo de investigación fue realizado cualitativamente a través de la modalidad IAP (Investigación Acción Participativa) y siguiendo la metodología de la PLP (planificación local participativa).

La IAP es una modalidad de trabajo cualitativo que combina una investigación con la participación de la población en busca de transformaciones sociales, por lo que se realiza en la comunidad que siente vulnerado algún derecho o desea generar cambios. Uno de sus rasgos principales es que involucra a los miembros de la comunidad o grupo en el proceso de investigación como agentes de cambio y no como objetos de estudio.

La Planificación Local Participativa es una herramienta basada en el enfoque estratégico, que permite a las personas y comunidad conocer su realidad y explicarla en conjunto y a la vez sentirse capaces de actuar sobre ella.

Utilizamos los siguientes instrumentos cualitativos: mapeo colectivo, entrevistas abiertas a referentes, grupos focales, PLP.

RESULTADOS

Los resultados nos permitieron profundizar en las representaciones sociales y en los intereses de la comunidad, llegando a un diagnóstico de situación donde se planteó a la Plaza Kevin como principal problemática del sector *“La plaza es una boca de lobo, no hay luces...” “somos masacre”*.... Ante esta coyuntura las vecinas se organizaron para limpiarla y cuidarla a diario y así transformarla en un lugar habitable. La organización en torno a la plaza logra dar vida a su comunidad, lo que les permitió exigir a los funcionarios locales su participación en el grupo IAP.

Se organizaron actividades, dentro de las cuales destacan: una kermesse con juegos para las infancias; caminatas saludables; un banco rojo por el día de la no violencia hacia la mujer; durante el verano se ocupó el espacio público de día y de noche, gracias a la colocación de luces en toda la plaza- lo que desplazó la venta y consumo de drogas-. Todos estos acontecimientos permitieron una reconfiguración y resignificación de la plaza, lo que le permitió a la comunidad sentirse con derecho al espacio público, y al juego posibilitando la cohesión entre la misma, *“Ésta es mi plaza”*.

Las vecinas y las organizaciones sociales lograron conformarse como grupo *“Uno solo no lo va a poder lograr, todos juntos poniendo su granito, suma”*, así cobra importancia la participación de la comunidad (3), que al unirse, problematizar, planificar acciones y evaluar, se transforma en sujeto protagónico y de derecho de su propia salud al intervenir ante la problemática percibida.

El proceso de recuperación de la Plaza Kevin, las reuniones, las acciones concretas generan lazos sociales, pertenencia e identidad con el territorio, rompe la fragmentación y reduce la vulnerabilidad de un sector estigmatizado.

CONSIDERACIONES

El trabajo conjunto entre el equipo de salud y la comunidad, enfocado en un objetivo común, superó el escepticismo inicial, fortaleció la confianza y los lazos comunitarios. Consideramos que los equipos deben buscar constituirse en equipos para la salud, promoviendo la acción y gestión comunitaria, incluyendo en la práctica cotidiana la dimensión de la continuidad de los cuidados (4) y el diálogo de saberes (5) para democratizar la toma de decisiones en torno a la salud de la comunidad, esta pieza es fundamental para la construcción de una salud como producto social. Este proceso de profundo aprendizaje fue posible gracias a la participación de las mujeres de la comunidad, quienes jugaron un papel central en la organización del espacio público.

Ante el individualismo estructural, reafirmamos que las metodologías de investigación participativas son claves para la construcción de autonomía y transformaciones colectivas necesarias para una vida más digna para todes.

REFERENCIAS

- (1) Elorza A. Segregación residencial y estigmatización territorial. Representaciones y prácticas de los habitantes de territorios segregados. *Eure*. 2019;45(135):91-110.
- (2) Paganini JM, Pracilio H. Los sistemas locales de salud: un camino hacia la equidad. La Plata: Facultad de Ciencias Médicas; 2000.
- (3) Quintero RSG, Ruiz RL, Legrá MN, Martínez NN. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. *Rev Inform Científ*. 2017;96(3):527-538
- (4) Yanco D. Equipos de salud y continuidad de cuidados. Ficha de trabajo Noviembre 2016.
- (5) Korol C. El diálogo de saberes en la pedagogía feminista y en la educación popular. *In*: Korol C. Educación popular, pedagogía feminista y dialogo de saberes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: América libre; 2017. P.11-36.

REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA UNIVERSIDADE NO CONTROLE SOCIAL E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Ligia Maria Maia de Souza¹

Jucyene das Graças Cardoso

Yara Oliveira e Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais da saúde é impactada por diversas conjunturas socioeconômicas e políticas, bem como pelas tendências do mercado de trabalho nas diferentes áreas que compõem esse setor. Diante disso, o alinhamento da formação de trabalhadores/as para a saúde, a geração de conhecimento e a prestação de serviços às demandas reais da população brasileira, em sintonia com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido fortemente incentivadas pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC)(1).

A participação ativa da sociedade civil organizada nas decisões relacionadas à gestão do SUS evoluiu ao longo dos anos, culminando em um mecanismo de controle social mais estruturado, deliberativo, autônomo e representativo, institucionalizado pela Lei nº 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS(2).

No processo de consolidação desse mecanismo no âmbito das políticas públicas, a população, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, assume o papel de fiscalizar e planejar as ações governamentais na área da saúde. Esta dinâmica estabelece um diálogo que considera os diferentes interesses dos usuários, gestores, prestadores de serviços e profissionais de saúde, abrangendo todas as esferas de governo(3).

OBJETIVO

Este relato tem o objetivo de refletir sobre a experiência na atuação da Universidade nos espaços de participação social no âmbito local, sob a perspectiva do fortalecimento do controle social e da integração ensino-serviço-comunidade.

METODOLOGIA

A reflexão em questão desenvolve-se em um município ao sul do Estado de Goiás e parte das percepções de uma docente que atualmente coordena o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), desenvolvido no âmbito da Universidade Estadual de Goiás–Unidade Universitária de Itumbiara Destaca-se que o desenvolvimento do programa envolve docentes e discentes dos cursos de Ciências Econômicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Medicina.

1 Universidade Estadual de Goiás. E-mail: ligia.souza@ueg.br

Para contextualizar, o município possui uma população estimada de 107.970 habitantes(4), e sua rede de atenção à saúde (RAS) organiza-se em cinco grupos principais: Atenção Primária, Média e Alta Complexidade; Assistência Farmacêutica e Profilática; Vigilância em Saúde; e Gestão em Saúde. Nesse contexto, estão inseridos mais de 700 trabalhadores, em sua maioria mulheres.

Assim, a presença da Universidade Estadual de Goiás (UEG), com seu foco de formação voltado para cursos na área da saúde, desempenha um importante papel social ao contribuir para a melhoria das condições de saúde do município e de municípios circunvizinhos por meio de ações de ensino, pesquisa e extensão.

A participação universitária no fortalecimento do SUS ocorre, principalmente, por meio dos movimentos sociais e, indiretamente, mediante a participação em atividades de ensino, pesquisa e extensão(5). Todavia, ao ampliarmos o olhar para a atuação da Universidade, percebe-se ainda um certo distanciamento.

No cenário atual, embora o principal instrumento de manutenção do SUS seja o controle social, a comunidade universitária não integra de modo satisfatório os conselhos e as conferências de saúde. Nesse contexto, os espaços nos quais a universidade possui assento são a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) no âmbito regional (o município não possui CIES municipal) e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) no âmbito municipal.

Apesar de o município possuir um conselho municipal de saúde instituído, a comunidade universitária não ocupa assento nem participa diretamente das discussões desenvolvidas nesse espaço, limitando-se a participações esporádicas nas conferências de saúde realizadas. Dessa forma, afasta-se de seu poder e dever social de contribuir para o fortalecimento do SUS no âmbito local e de promover a responsabilidade social dos profissionais de saúde em formação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O PET-Saúde no município tem se destacado como uma importante iniciativa para aproximar professores, estudantes e trabalhadores do SUS, fortalecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade. Ao abordar a temática da “Equidade” aliada à “Valorização das trabalhadoras do SUS”, o projeto promove discussões essenciais sobre raça, gênero, etarismo e deficiências, evidenciando como essas questões se interseccionam com a saúde pública. Essas reflexões têm incentivado um maior aprofundamento teórico em controle social, além de estimular a participação em conferências e debates promovidos por outras instituições.

No âmbito universitário, o PET-Saúde tem contribuído significativamente ao reforçar o papel da universidade na consolidação do SUS. Sua atuação destaca a importância de uma maior inserção acadêmica nos espaços municipais de gestão em saúde, onde são definidas políticas públicas essenciais. Dessa forma, o projeto não só qualifica a formação dos futuros profissionais, mas também fortalece a relação entre universidade e sociedade, em prol de um SUS mais justo.

REFERÊNCIAS

- (1) Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbaroi*. 2013; 38: 97-125. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&tlng=pt.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília, DF: MS; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf
- (3) Lima DF, Lima LA. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1168-1176. doi: 10.1590/0103-1104201711514
- (4) IBGE. Panorama do Censo 2022. Panorama do Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- (5) Pinheiro FTS, Tavares NBF, Silva JPX, Araújo AF. Participação universitária em defesa do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2020;44(125):504–15. doi: 10.1590/0103-1104202012517

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE OFICINA PEDAGÓGICA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO CONTRA ARBOVIROSES EM ESCOLA MUNICIPAL

Byanca da Conceição dos Santos Silva¹

Iara dos Santos Martins

Keylla Brito de Oliveira

Luiz Fernando Almas Sória

Maria Eduarda M. R. Genezio

Tiffany Duarte Almeida

Viviane Mendes Araújo Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, objetiva proporcionar a interlocução entre a atenção primária e as unidades escolares, promovendo acesso à saúde de qualidade e redução da evasão escolar. As equipes multidisciplinares de saúde, especialmente os enfermeiros, têm a função de educar em saúde, sendo uma das ações centrais do programa. De acordo com o Ministério da Saúde (1), a educação em saúde é um processo contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão e a participação social na saúde e resolução de problemas em coletivo. É pautado na horizontalidade entre os pares e interlocução de saberes, indo para além da transmissão de conhecimentos formal e assimétrica; logo, ela necessita de fatores como a vinculação e a individualização para ser efetiva (1). Portanto, ao considerar que as arboviroses são doenças virais e por tal motivo, são um grave problema de saúde pública, especialmente em regiões tropicais e subtropicais, como no caso do Brasil. Por conseguinte, a educação em saúde é fundamental para conscientizar a população sobre as medidas de prevenção e controle das arboviroses. Além disso, reafirma a importância das políticas públicas como instrumentos que proporcionam qualidade de vida com ênfase na prevenção e promoção de doenças e seus agravos.

OBJETIVO

O objetivo deste relato é descrever a experiência dos estudantes de enfermagem que participaram ativamente, junto às equipes do programa saúde na escola (PSE) e a clínica da família Nélcio de Oliveira, na execução de atividades pedagógicas de educação em saúde no combate as arboviroses na escola Municipal Darcy Vargas. Além disso, reafirmar a importância das políticas públicas de saúde como instrumentos que proporcionam melhora da qualidade de vida e prevenção de doenças.

1

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: dbyanca75@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, participantes da liga acadêmica de saúde coletiva, juntamente com o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Clínica da Família Nélio de Oliveira, que atuaram na escola Municipal Darcy Vargas com escolares do 1º ao 5º ano. As atividades foram realizadas em 26 de fevereiro de 2025, no horário das nove da manhã às uma hora da tarde, atendendo aos 364 estudantes matriculados. A distribuição dos alunos foi organizada em grupos de duas turmas por hora, das 8 turmas totais, para participação nas oficinas. No dia, foi elaborado um circuito intitulado “Onde está o foco do mosquito?”, cujo objetivo era conscientizar os participantes sobre práticas corretas para evitar a proliferação do vetor. Foram montadas seis estações que contemplavam medidas preventivas contra arboviroses e sobre o descarte correto do lixo. As crianças deveriam passar pelos circuitos e tentar identificar nas situações-problema erros elaborados pela equipe e ao término ser informada sobre como aquela ação está relacionada à perpetuação dos arbovírus. Os acadêmicos ficavam posicionados próximo para sanar possíveis dúvidas e avaliar o entendimento da criança sobre a temática de arboviroses.

Na primeira e segunda estação as problemáticas foram colocar um balde e garrafas PET contendo água, ambos destampados. Os alunos não tiveram dificuldades em evidenciar os erros nesses casos e proativos intervieram eliminando os criadouros. Na terceira estação, os alunos tiveram que avaliar dois vasos de planta. No primeiro, o prato embaixo do vaso havia água e no segundo estava na forma correta, sem água acumulada, com terra. As crianças, em sua grande maioria, identificaram com facilidade a planta que estava seguindo a prática de prevenção correta. Na quarta estação, foram dispostos à mesa brinquedos em má conservação, a proposta era que os alunos identificassem a importância do reaproveitamento e reciclagem. Grande parte dos estudantes conseguiam argumentar sobre o tema, principalmente quanto ao cuidado com os brinquedos, contudo, uma boa parte desconhecia sobre os objetivos da reciclagem. Na quinta etapa da atividade, foram dispostas 5 imagens de mosquitos diferentes e apenas um deles era o Aedes. A dinâmica tinha a proposta de fazer com que os alunos identificassem corretamente qual era o mosquito vetor da Dengue e descrevê-lo. A maioria dos estudantes errou ao identificar o mosquito, apontando aleatoriamente para as imagens sem justificar as suas escolhas. Na última estação, havia 4 lixeiras, para reciclagem de papel, plástico, metal e vidro. A dinâmica propunha que os alunos pegassem alguns materiais dispostos numa caixa e os descartassem. A maioria sabia separar adequadamente, mas os alunos menores, não-alfabetizados, tinham mais dificuldade em identificar as lixeiras.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ação evidenciou a importância da educação em saúde além dos muros das instituições de saúde do SUS, a fim de promover a democratização do conhecimento e de fortalecer os princípios do SUS, com foco na prevenção, promoção da saúde e ampliação da consciência sanitária. Vale salientar a

importância do PSE junto com a clínica da família, evidenciando o diálogo intersetorial, em promover práticas didáticas, criativas, e interativas, adaptadas ao grupo alvo da atividade, que conseguem fomentar a ampliação do conhecimento, estímulo ao raciocínio crítico e participação social.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério Da Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde. Brasília, DF: FUNASA, 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude+-+Diretrizes.pdf>.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ENQUETE SOBRE A CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE DO SUS COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Carmelia Sales do Amaral¹

Maria Amélia de Oliveira Ferreira

Maria Eduarda de Castro

Letícia Maria Mendes Vale

Candida Cristiane Rebouças Bernadinho

Gislane Alves Marinho

Wanderley Fernandes da Silva

Ana Karine de Moura Saraiva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde que garante o respeito, a dignidade e a cidadania” [1]. O conhecimento e a aplicação desse instrumento são fundamentais para assegurar um atendimento mais humanizado e efetivo. O fortalecimento da cidadania e a valorização do usuário como sujeito de direitos dependem, necessariamente, da ampla difusão e apropriação deste documento, tanto por parte dos profissionais, quanto dos próprios usuários do sistema. Além de orientar, a Carta também contribui para o empoderamento da população diante das políticas públicas de saúde. Sua implementação contínua fortalece a construção de um SUS mais justo, acessível e democrático. O presente relato de experiência descreve uma atividade realizada pelos alunos do 3º período da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/UERN), no contexto da disciplina de Ética, Bioética e Cidadania.

OBJETIVO

A atividade consistiu em uma pesquisa desenvolvida com enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Mossoró/RN, com o objetivo de identificar o nível de conhecimento desses profissionais sobre a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e verificar se já haviam sido abordados a respeito desse documento.

METODOLOGIA

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, contendo questões abertas relacionadas ao conhecimento dos enfermeiros sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, os artigos nela contidos e a relação entre esses direitos e a participação social. As entrevistas

1 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: carmeliasales@uern.br

foram realizadas de forma presencial e digital, com enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Ao todo, 27 profissionais foram procurados, dos quais 22 aceitaram participar, sendo 6 entrevistas presenciais e 16 realizadas de forma online. Foram visitadas unidades localizadas em 12 bairros da cidade de Mossoró, incluindo uma unidade situada na zona rural. A partir da compilação dos dados obtidos, foram elaborados gráficos em formato de pizza para representar visualmente os resultados. Em seguida, foi realizada a análise qualitativa das falas dos participantes, articulando os relatos com os princípios e diretrizes estabelecidos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

RESULTADOS

Os resultados obtidos demonstram que, dos 22 enfermeiros entrevistados, 21 afirmaram conhecer a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, enquanto apenas 1 declarou não conhecê-la. No entanto, 2 profissionais não souberam citar nenhum dos artigos presentes no documento. Em relação à participação em reuniões do Conselho Municipal ou Local de Saúde, 12 enfermeiros relataram nunca ter participado, enquanto 10 afirmaram já ter comparecido a pelo menos uma reunião. Quanto à apresentação da Carta durante as visitas realizadas pelas equipes das UBSF, 18 enfermeiros informaram que nenhum trabalhador da saúde apresentou o documento nesses momentos, enquanto apenas 4 relataram que a Carta foi apresentada em alguma ocasião. A atenção primária, segundo a perspectiva de Bárbara Starfield, possui um papel fundamental no funcionamento eficaz dos sistemas de saúde, sendo a base para a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado contínuo, acessível e coordenado para as comunidades [3]. Do ponto de vista da garantia de direitos, a Estratégia Saúde da Família (ESF), ao atuar diretamente no território, possui um papel fundamental ao favorecer a participação ativa do cidadão no cuidado com a saúde no seu próprio contexto territorial e na consolidação do controle social no SUS. Nesse sentido, o conhecimento é uma virtude e de acordo com Foucault, o saber seria um exercício do poder, sendo este praticado cotidianamente, atuando diretamente sobre as ações da população, produzindo e sustentando suas relações [2].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família, possuem um conhecimento vago sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, não demonstrando domínio sobre os seus princípios básicos de cidadania que asseguram ao cidadão os seus direitos em relação ao SUS. Dessa forma, o desconhecimento dessa Carta por parte dos enfermeiros que atuam nas UBSF, promove uma defasagem no vínculo entre equipe e comunidade, culminando na redução da qualidade do atendimento e no desestímulo à participação social, tanto da equipe de saúde como dos próprios usuários do sistema, enfraquecendo seus papéis nas relações de poder. Assim, observa-se a necessidade da utilização da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde como uma ferramenta de empoderamento da comunidade e promoção da cidadania, visando garantir o bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- [2] Foucault M. Microfísica do poder. Machado R, organizador e tradutor. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- [3] Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011 dez; 20(4):867-74.

SABERES QUE EMERGEM DO PROTAGONISMO DA JUVENTUDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A LIGA ACADÊMICA DE MACAÉ

Ana Beatriz F. de Paula Costa¹

Maria Júlia Luzes Serra
Diego Lima de Oliveira

Brenda Iolanda Silva do Nascimento

Stéfani dos Santos Conceição

Inês Leoneza de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva pode ser entendida como um campo disciplinar de natureza complexa que abrange diferentes interações entre as esferas política, social e cultural. Essas interações, muitas vezes, são hierarquizadas e mediadas por uma diversidade de atores sociais [1]. No Brasil, a luta pela saúde coletiva, com participação ativa dos movimentos sociais, profissionais de saúde e universidades, está sendo fundamental para a estruturação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Levando em consideração a coexistência e a multiplicidade de práticas e discursos na Saúde Coletiva, bem como da necessidade da transformação deste campo, foi fundada a partir do curso de enfermagem de uma universidade pública federal, na Região Norte-Fluminense, do Rio de Janeiro, em 2018, a Liga Acadêmica de Saúde Coletiva de Macaé (Lascom). Este espaço tem por objetivo não só compreender os desafios do território macaense, como também articular membros da sociedade civil, estudantes e professores de diferentes áreas do conhecimento, em prol do fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Por meio do protagonismo da juventude nessa construção, uma série de atividades vem sendo desenvolvidas visando colaborar tanto na formação crítica dos sujeitos envolvidos, como também promover espaços de pertencimento e engajamento às questões sociais, políticas e ambientais.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo descrever as experiências da Lascom, a partir da perspectiva dos ligantes, destacando o papel da juventude nessa construção e sua relação com os princípios do SUS. Além disso, busca-se evidenciar o papel das atividades realizadas pela LASCOM na formação acadêmica e na comunidade atendida.

METODOLOGIA

Inspirado nas ferramentas da pesquisa qualitativa [2], foi realizado um levantamento das principais atividades desenvolvidas pela Lascom ao longo de sua trajetória. Para tal, utilizamos como fonte de dados os registros escritos, fotográficos e audiovisuais, publicados no site do Instagram da

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: anabcosta2017@gmail.com

Lascom. Utilizamos esta fonte devido a riqueza do acervo nesta página que funciona como uma espécie de “diário” da liga, deste modo, buscamos analisar as suas experiências por meio de suas publicações autorais.

RESULTADOS

Desse modo, através da análise realizada dos materiais disponíveis, foi possível perceber que, ao longo do tempo, a Lascom vem atuando em diferentes frentes. Dentre elas têm-se: I) a formação acadêmica complementar por meio de seminários, rodas de conversa e outros eventos incluindo diferentes áreas do saber; II) o desenvolvimento de ações extensionistas em parceria com matérias curriculares, , como exemplo a disciplina de Saúde da Comunidade inserida no curso de Nutrição; III) a participação ativa no Conselho Municipal de Saúde de Macaé; e IV) a construção e consolidação do núcleo CEBES- Macaé vinculado a liga acadêmica. Com base nesse estudo, podemos inferir que as experiências da Lascom dialogam com uma perspectiva crítica, multidisciplinar e emancipatória de Saúde Coletiva, possibilitando o diálogo entre os conhecimentos adquiridos em âmbito universitário e a comunidade, de forma que os alunos aprendem no território e realizam a devolutiva de um bem que também faz parte da cidade. Dessa forma, a juventude universitária de Macaé tem se interessado através da liga em participar, cada vez, mais das ações de saúde que envolvem a comunidade ao redor e o Sistema Único de Saúde (SUS).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Deste modo, as implicações deste estudo apontam o potencial da juventude na criação de espaços que produzem saberes fundamentais à formação de estudantes de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Ciências Biológicas, Direito, Medicina e sociedade como um todo. Nesta perspectiva, é notório a multiplicidade de atuação as quais os jovens podem mobilizar a partir de espaços construtivos como as ligas acadêmicas nas universidades. A juventude dentro da universidade tem um papel fundamental quanto a adquirir conhecimento técnico-científico do âmbito acadêmico, e aprender junto a comunidade local. Desta forma, há a união do conhecimento teórico com os saberes comunitários, melhorando a relação da sociedade com a universidade. Sendo assim, a difusão do conhecimento e o estímulo do senso crítico da juventude, promove a participação social e contribui para a estruturação e consolidação de um SUS cada vez mais integral, universal e equânime.

REFERÊNCIAS

- (1) Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saude soc. 2009;18(2):304-11. doi: 10.1590/S0104-12902009000200013
- (2) Gil AC. Metodologia do ensino superior. São Paulo: Atlas; 2005.

SANEAMENTO E CONSCIÊNCIA SANITÁRIA: RELATO DE PROJETO EM CAMPO DO MEIO/MG

Leticia Daniele Puras¹

Michel Reis Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A relação entre saneamento e saúde é indissociável, e a ausência de saneamento adequado nas comunidades rurais representa um fator crítico para o aumento de doenças e afeta diretamente a produção agrícola, especialmente a agricultura familiar. A agricultura familiar é responsável por grande parte dos alimentos consumidos nas áreas urbanas, mas apenas 22% da população rural possui acesso adequado a serviços de saneamento básico, conforme dados do IBGE[1]. Essa precariedade não só afeta a saúde, mas também compromete a segurança alimentar.

Este projeto surge de uma experiência pessoal, sendo uma resposta aos desafios enfrentados pelas populações rurais, especialmente no contexto da falta de acesso ao ensino superior nas comunidades do campo. O projeto foi desenvolvido com o objetivo de melhorar o acesso ao saneamento básico, promover a sustentabilidade e fortalecer a saúde pública, utilizando abordagens como Soluções Baseadas na Natureza (SBN) e Educação Popular. A metodologia segue os princípios da Política Nacional dos Povos do Campo, Águas e Florestas[2], buscando garantir direitos básicos e respeitar os saberes tradicionais. A implementação dessas soluções é essencial para preservar a saúde e os modos de vida dessas comunidades, ao mesmo tempo que promove práticas agroecológicas e saúde pública.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é promover a melhoria do acesso ao saneamento básico e à conscientização sanitária nas comunidades rurais de Campo do Meio, Minas Gerais, por meio da implementação de soluções sustentáveis e educativas, visando à saúde pública e à segurança alimentar.

METODOLOGIA

O desenvolvimento do projeto foi estruturado em três ações principais: A Educação Popular e Consciência Sanitária foi realizada por meio de oficinas baseadas na participação ativa e no diálogo, utilizando rodas de conversa, dinâmicas e materiais didáticos adaptados à realidade local. O foco foi conscientizar a população sobre os impactos do saneamento inadequado e promover práticas higiênico-sanitárias.

O Levantamento das Comunidades Rurais consistiu no mapeamento das áreas mais necessitadas de intervenção, considerando a localização geográfica, o meio de subsistência, a infraestrutura de serviços essenciais e as condições ambientais. A Coleta e Análise de Água envolveu a coleta de amostras de água de nascentes, poços e rios para

1 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: LeticiaPuras65@gmail.com

detectar patógenos, como *E. coli* e coliformes fecais, além de metais pesados. Também foi identificado o despejo inadequado de esgoto e o impacto do uso excessivo de agrotóxicos.

A Implementação de Soluções Baseadas na Natureza (SBN) foi realizada para minimizar os impactos negativos do saneamento inadequado, utilizando soluções sustentáveis, de baixo custo e adaptáveis ao contexto rural. Foram implantados Jardins Filtrantes e Círculos de Bananeiras, sistemas naturais de tratamento de efluentes domésticos que utilizam plantas macrófitas para filtragem e absorção de impurezas. Também foram implementadas Fossas Sépticas Biodigestoras, uma alternativa sustentável para tratamento de esgoto, promovendo a decomposição anaeróbica dos resíduos e reduzindo a contaminação ambiental. Além disso, utilizou-se o Clorador de Água, um dispositivo simples e de baixo custo que permite a desinfecção da água utilizada para consumo, reduzindo significativamente a presença de agentes patogênicos e prevenindo doenças de veiculação hídrica.

RESULTADOS

Os resultados preliminares indicaram que a qualidade da água em várias comunidades estava acima dos limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[3]. Além disso, a presença de esgoto a céu aberto e a alta incidência de doenças de transmissão hídrica e alimentar foram registradas. As Soluções Baseadas na Natureza (SBN) implementadas, como jardins filtrantes e fossas verdes, contribuíram para a melhoria da qualidade da água e a redução de doenças. A segurança alimentar das comunidades também foi impactada positivamente, uma vez que a agricultura familiar passou a ser mais segura e livre de contaminações provenientes da água e do esgoto inadequado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A implementação de Soluções Baseadas na Natureza aliada à Educação Popular demonstrou impactos positivos não apenas na saúde das comunidades, mas também na segurança alimentar das populações urbanas. As práticas sustentáveis e de baixo custo mostraram-se eficazes para mitigar os efeitos da falta de saneamento adequado e para promover a conscientização sanitária. A integração de saneamento básico com a agricultura familiar é crucial para a segurança alimentar e o bem-estar das populações rurais.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características dos Estabelecimentos Agropecuários. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
- (2) Brasil. Política Nacional dos Povos do Campo, Águas e Florestas. Brasília, DF; 2021.
- (3) Organização Mundial da Saúde. Água Potável e Saneamento; 2020.

SAÚDE PÚBLICA, DEMOCRACIA E DESINFORMAÇÃO: O IMPACTO DOS DISCURSOS CONSERVADORES SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA O HPV NO BRASIL

Anna Julia Teixeira de Oliveira¹

Gabriel Herkenhoff

Francis Sodré

Fabio Malini

Fabio Goveia

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A relação entre saúde pública e democracia tem se tornado campo de disputa ideológica, sobretudo frente à ascensão de discursos ultraconservadores que deslegitimam políticas de vacinação. Este estudo analisa como essas narrativas, ancoradas em moralismos e negacionismos, impactam a confiança institucional e a adesão à vacina contra o HPV no Brasil. A desinformação disseminada por influenciadores, parlamentares e líderes religiosos da extrema direita reformula o debate público em torno da saúde coletiva, transformando o direito à vacinação em objeto de disputa moral. Trata-se, portanto, de um fenômeno que articula ideologia, desinformação e disputa de hegemonia no campo da saúde pública, exigindo uma abordagem crítica e interseccional. A análise propõe uma leitura sobre como o enfraquecimento do pacto democrático no Brasil contemporâneo tem consequências diretas sobre a implementação de políticas públicas baseadas em evidência científica e voltadas à proteção da infância e da juventude.

OBJETIVO

Analisar o impacto dos discursos conservadores na hesitação vacinal contra o HPV no Brasil, com ênfase na desinformação, na participação social e na crise de confiança nas instituições democráticas de saúde.

METODOLOGIA

Com base em abordagem qualitativa, utilizou-se a Análise de Discurso Crítica (ADC), articulada a técnicas de ciência de dados e mapeamento de redes. Foram analisadas aproximadamente 300 postagens e 1.500 comentários sobre vacinação contra o HPV publicados no Instagram, entre os anos de 2018 e 2025. Os dados foram extraídos por meio da plataforma Content Library/META, utilizando a ferramenta *Ford*, desenvolvida para mineração automatizada de dados. Para análise das conexões discursivas e dos clusters formados por laços homofílicos entre canais e influenciadores, empregou-se o software Gephi, que permitiu a construção de grafos de atores e de palavras. Além disso, foram examinados 12 discursos parlamentares e 4 projetos de lei que abordam a vacinação infantil com justificativas morais ou ideológicas, com base em sua relevância política e impacto midiático. A leitura

1

Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: anna.julia.teolli@gmail.com

dos dados considerou as noções de hegemonia discursiva, biopolítica e necropolítica para interpretar os sentidos produzidos sobre a vacinação no campo político-institucional e nas redes digitais.

RESULTADOS

A análise identificou três dimensões centrais na construção da hesitação vacinal contra o HPV. A primeira trata da sexualização precoce da infância, em que atores conservadores associam a vacina a um suposto incentivo à iniciação sexual, deslocando a imunização do campo biomédico para o terreno simbólico da moralidade. A segunda dimensão diz respeito à fragilização dos mecanismos de participação social, evidenciada em ações que desmobilizam conselhos de saúde e enfraquecem a atuação coletiva de base comunitária, rompendo os canais democráticos de formulação de políticas públicas. Por fim, a terceira dimensão envolve a instrumentalização estratégica da desinformação, com a disseminação de conteúdos que propagam medo, insegurança e falsas alegações sobre os supostos efeitos colaterais da vacina, como infertilidade e degeneração genética. Esses discursos atuam na erosão da confiança pública nas instituições de saúde e reconfiguram a percepção coletiva sobre o papel do Estado na proteção da infância (1–3). Embora o foco do estudo seja a atuação da extrema direita, reconhece-se que a hesitação vacinal é um fenômeno multifatorial, que também envolve desigualdades estruturais, limitações no acesso à informação e precarização dos serviços públicos (2).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que os discursos conservadores sobre a vacinação contra o HPV contribuem para a desinstitucionalização da saúde pública e o enfraquecimento do pacto democrático no Brasil. A vacinação, que deveria ser garantida como direito universal, torna-se alvo de disputas morais e ideológicas, deslocando o debate sanitário para uma arena de polarização política. A hesitação vacinal, nesse sentido, reflete não apenas um déficit informacional, mas uma estratégia discursiva de ocupação do espaço público por agendas que contrariam os princípios da saúde coletiva. Reforça-se, assim, a urgência de estratégias públicas articuladas de comunicação em saúde, que promovam o enfrentamento à desinformação, a reconstrução da confiança institucional e a valorização da participação social como princípio estruturante do SUS (4).

REFERÊNCIAS

- (1) Laurell AC. Saúde e democracia: contribuições da medicina social latino-americana. São Paulo: Hucitec; 2013.
- (2) Pinto THG, Cunha MA, Santos TC. Cismas e discursos antivacinação infantil pós-pandemia de Covid-19. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2023;30(2):1-10.
- (3) Silva LA, Menezes JR. Hesitação vacinal e interseccionalidade: reflexões para contribuir com a análise do fenômeno no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:1-12.
- (4) Breilh J. Determinação social da saúde e epidemiologia crítica. In: Buss PM, Fonseca LE, organizadores. *Saúde na América Latina: bases conceituais e modelos de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 45–72.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UMA REFLEXÃO ACERCA DO PAPEL DA GESTÃO DEMOCRÁTICA E SUA IMPORTÂNCIA PARA O COTIDIANO PROFISSIONAL

Dandara Batista¹

Rosemere de Barros de Oliveira

Daniele Batista Brandt

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O assistente social atua no campo da saúde desde o surgimento da profissão no país na década de 1930. Contudo, será a partir da construção do projeto ético-político da profissão na década de 1990 e da sua relação com os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira que a profissão selará seu compromisso visando a equidade e justiça social, a fim de universalizar os direitos e o alcance dos programas e políticas sociais, em conciliação com a gestão democrática. [1]

Nesse sentido, o profissional, no desempenho de seu trabalho, possui competências e atribuições privativas para realizar diversas ações profissionais, como por exemplo a gestão. De acordo com o CFESS, a nova organização das políticas sociais, orientada pelo processo de descentralização, exige a atuação profissional focada, também, em planejamento e gestão. [2]

Considerando essa competência profissional e buscando integrar esse debate na gestão na graduação, o Projeto Prodocência “Participa! Gestão Democrática e Serviço Social” realizou uma roda de conversa intitulada “Competências do(a) assistente social em gestão no campo da saúde: limites e possibilidades para uma prática democrática”, que será o tema central do presente trabalho, buscando refletir sobre o papel do assistente social na gestão no campo da saúde.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é refletir sobre a relação entre gestão democrática e Serviço Social, com ênfase no campo saúde, com base na realização de rodas de conversa entre assistentes sociais que ocupam cargos de gestão e estudantes de Serviço Social. Nessa direção, tem como objetivos: apresentar uma síntese do conteúdo discutido na atividade e apontar as contribuições para a formação profissional dos estudantes envolvidos na sua organização.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade teórico-prática vinculada ao Projeto Prodocência “Participa! Gestão Democrática e Serviço Social”, realizado por estudantes de graduação em Serviço Social da UERJ sob supervisão docente da coordenadora do referido projeto. Para tanto,

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: dandamarones16@hotmail.com

foram utilizados os registros do diário de campo da estudantes envolvidas na organização da atividade, analisadas à luz das referências bibliográficas que orientam o projeto [3-6].

Nesse sentido, as rodas eram realizadas como espaços de diálogo horizontal, nos quais estudantes, docentes e demais participantes podiam compartilhar saberes, vivências e reflexões acerca da gestão democrática no contexto das políticas públicas e do Serviço Social. A metodologia adotada valorizava a escuta ativa, a construção coletiva do conhecimento e o fortalecimento do protagonismo estudantil, em consonância com os princípios do Projeto Prodocência.

RESULTADOS

A roda de conversa contou com a participação de uma assistente social atuante em um hospital universitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a profissão esteja vinculada à saúde desde sua gênese, a gestão democrática ainda é pouco enfatizada na atuação profissional. Nesse sentido, o encontro buscou discutir os desafios e possibilidades de implementação de uma gestão mais participativa em um ambiente marcado por fortes relações hierárquicas.

Logo, a profissional enfatizou a importância do trabalho em equipe, no qual todos os membros têm papéis colaborativos e fundamentais para a construção de uma gestão mais inclusiva, alinhada aos valores do código de ética da profissão, como a participação social.

Como exemplo prático, relatou um caso em que a escuta qualificada das demandas dos usuários levou a uma solução concreta para um problema institucional. A situação envolvia a exigência de um recipiente específico para o transporte de medicamentos, o que representava um obstáculo para pacientes com dificuldades financeiras. Ao levar o debate à equipe gestora do hospital, a profissional destacou os impactos dessa exigência sobre os usuários do SUS e defendeu que a instituição fornecesse o item. Após diálogo e argumentação, a mudança foi implementada, garantindo o direito dos pacientes e reforçando o papel da gestão democrática na busca por soluções mais justas.

Essa experiência demonstrou como uma atuação crítica e comprometida pode transformar práticas institucionais, assegurando direitos e promovendo um atendimento mais humanizado. A atividade foi muito bem recebida pelos alunos, que destacaram a relevância do debate e manifestaram interesse em participar de novos encontros, reforçando a necessidade de aprofundar discussões sobre gestão dentro da FSS/UERJ.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência apresentada demonstra como a gestão democrática na saúde pode ser um instrumento de fortalecimento da participação social e do poder popular. Dessa forma, a atuação do Serviço Social nesse contexto é essencial, pois possibilita a articulação entre as demandas da população e as estruturas institucionais, promovendo mudanças que favorecem um acesso mais igualitário e humanizado aos serviços de saúde.

A articulação utilizada pela profissional destacou a importância do trabalho coletivo e interdisciplinar na busca por soluções que contemplem as necessidades dos usuários. O caso da distribuição de medicamentos evidencia como a compreensão crítica das contradições institucionais permite a implementação de práticas mais inclusivas.

A atividade demonstrou que a gestão democrática na saúde não apenas é possível, mas necessária para romper com práticas excludentes e garantir um modelo de atenção que reconheça os usuários como sujeitos de direitos.

REFERÊNCIAS

- [1] CFESS. Atribuições Privativas do/a Assistentes Sociais: em questão. Brasília, DF: CFESS; 2012.
- [2] CFESS. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, DF: CFESS; 2010.
- [3] Souza Filho R; Gurgel C. Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2016.
- [4] Brasil. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Diário Oficial da União. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm
- [5] ABESS/CEDEPSS. Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional. *In*: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1996.
- [6] Brandt DB. Plano de Trabalho 2022-2024. Projeto Prodocência “Gestão democrática e Serviço Social: desenvolvendo competências e habilidades profissionais no cotidiano da Faculdade de Serviço Social da UERJ”. Rio de Janeiro; 2022.

SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS DE PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE DE MOVIMENTOS DO FÓRUM DIREITO HUMANO À SAÚDE

Ana Claudia Chaves Teixeira¹

Henrique Aniceto Kujawa

Ésio Francisco Salvetti

Frederico Viana Machado

Iara Duarte Lins

Rodrigo Silveira Pinto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho se desenvolveu no âmbito da quarta edição do “Participa +”, um projeto do Conselho Nacional de Saúde, executado pelo CEAP—Centro de Educação e Assessoramento Popular, que visa a formação para o controle social em todo o país. Uma das linhas deste projeto dialoga e busca fortalecer o Fórum Direito Humano à Saúde (FDHS), uma agremiação autônoma que reúne dezenas de movimentos e entidades populares de todo Brasil. Este Fórum considerou importante, em 2024, sistematizar experiências de participação em saúde de oito movimentos que faziam parte do próprio Fórum. O objetivo geral era aprofundar o entendimento das experiências para aprimorá-las, compartilhar aprendizados com outras iniciativas similares, contribuir para reflexões teóricas a partir dos conhecimentos práticos, alimentar orientações e diretrizes com base nas lições aprendidas e fortalecer a identidade coletiva dos movimentos sociais e organizações envolvidas. Além disso, buscava-se elaborar uma estratégia de participação social, controle social e efetivação do direito à saúde que fosse contextualizada e respeitasse as singularidades de cada movimento e organização. A pergunta que guiou a sistematização das diversas experiências escolhidas foi: como a atuação do seu movimento tem contribuído para fortalecer a participação social, o controle social e a efetivação do direito humano à saúde?

OBJETIVO

O presente trabalho apresenta a estratégia organizativa e metodológica de condução dos trabalhos de sistematização de experiências de oito movimentos sociais, além das principais reflexões realizadas durante este processo.

METODOLOGIA

Trabalhamos com uma concepção de sistematização de experiências vinculada à educação popular. Essa concepção consiste em fazer uma “interpretação crítica”, a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobrindo a lógica e o sentido do processo vivido. A sistematização de experiências

1 Projeto Participa. E-mail: anacct@unicamp.br

produz conhecimentos e aprendizagens significativas que possibilitam apropriar-se criticamente das experiências, compreendê-las teoricamente e orientá-las na direção de um futuro com uma perspectiva transformadora [1]. Fundamenta-se na compreensão de que a sistematização é feita por quem a vivencia e, portanto, é uma construção e produção coletiva de conhecimentos, em que os participantes da experiência a ser sistematizada têm legitimidade para refletir, problematizar, compreender e desenvolver sobre o ocorrido [2]. Entre abril e dezembro de 2024 criamos equipes de trabalho. Foram utilizados como métodos de trabalho encontros virtuais e presenciais, leitura e sistematização de documentos, entrevistas e rodas de conversa. Elaboramos textos coletivos que respondessem à pergunta geral formulada acima, respeitando e constituindo histórias específicas.

As experiências sistematizadas foram: a) a atuação da Articulação Brasileira de Mulheres no Conselho Nacional de Saúde; b) o projeto de Formação para o Controle Social desenvolvido pela Articulação Nacional de Pescadoras; c) O conceito de saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra do Brasil; d) A atuação da Confederação Nacional das Associações de Moradores no Conselho Nacional de Saúde; e) A atuação do Sindicato de Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares de Quixeramobim no Conselho Municipal de Saúde; f) o fortalecimento dos conhecimentos ancestrais e do autocuidado radical em comunidades de terreiro de Salvador realizada pela Coletiva Ayomidê Yalodê; g) a construção da Política Nacional de Direitos das Populações Atingidas por Barragens pelo Movimento de Atingidos por Barragens; h) A atuação do Movimento Nacional de Direitos Humanos na garantia da vacinação para covid-19 em um presídio de Santa Catarina.

Como produtos desta sistematização, foram realizados até março de 2025 três encontros de trocas entre os movimentos, um seminário de apresentação dos resultados parciais para o FDHS, a produção de oito capítulos refletindo o processo de sistematização. Espera-se a realização de um seminário com a apresentação dos resultados da sistematização, além da produção de um material síntese de todas as reflexões realizadas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise das experiências dos oito movimentos sociais revela um panorama multifacetado sobre suas interações com o sistema de saúde e a defesa do direito à saúde. A diversidade de abordagens, que abrange desde a participação institucional em conselhos de saúde – como instâncias de controle social e formulação de políticas – até ações não-institucionais em territórios específicos, demonstra a complexidade da questão e a importância de considerar as especificidades de cada movimento. Algumas semelhanças entre as experiências que podemos destacar são: a tensão entre institucionalização e autonomia, frequentemente observada quando movimentos sociais passam a ocupar espaços de poder dentro do sistema; a relevância do território como espaço de atuação; e a necessidade de articulação em rede, para potencializar a força política e a capacidade de incidência dos movimentos. O conjunto das experiências sistematizadas apresenta desafios comuns que os movimentos sociais precisam superar, mas também possibilidades de trocas e de intensificação das relações e da cooperação entre coletivos.

REFERÊNCIAS

- (1) Jara OH. A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis. Brasília, DF: CONTAG; 2012.
- (2) Zúñiga R, Mejía MR, Fernández B, Lins ID. La sistematización de experiencias en América Latina y el Caribe. Aportes a la práctica docente. Rev Docência. 2015;55.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTES À METICILINA EM RECÉM NASCIDOS DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MACAÉ/RJ: VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO

Ana Clara Barboza Da Silva Tavares¹

Maria Eduarda Fernandes Rocha

Yasmin Marinelle Ferro

Kyssila Barbosa de Freitas

Mariana Alfradique de Almeida

Izabella Oliveira Pessanha

Pedro Henrique Motta Sanches

Nathalia Salgueiro da Rocha

Eliane Valtês

Fernanda Sampaio Cavalcante

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A epidemiologia é uma ferramenta essencial para a compreensão da distribuição e dos determinantes das doenças na população, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde coletiva e na formulação de políticas públicas. *Staphylococcus aureus* é uma das principais causas de infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo especialmente preocupante a presença de cepas resistentes à meticilina (MRSA), que dificultam o tratamento e aumentam o risco de complicações. Crianças nascidas após gestação ou parto de risco frequentemente apresentam fatores associados à aquisição de MRSA, como tempo prolongado de hospitalização e uso de antibióticos(1).

No entanto, no Brasil, ainda há escassez de estudos sobre a prevalência desse patógeno nesses pacientes. A identificação precoce da colonização por MRSA e a conscientização sobre sua disseminação são fundamentais para o controle de infecções hospitalares(2), uma responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde, gestores e a sociedade como um todo.

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de MRSA entre recém-nascidos (RN) em uma maternidade de alto risco de Macaé/RJ e correlacionar os achados com dados clínicos dos pacientes. Além disso, buscou-se fortalecer a conscientização das mães sobre medidas preventivas, a importância da amamentação e a imunização como estratégias essenciais para reduzir a transmissão de infecções e promover a saúde neonatal.

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: tavaressilva096@gmail.com

METODOLOGIA

Swabs nasais foram coletados, por conveniência, duas vezes por semana de bebês alocados nas enfermarias da maternidade de alto risco do Hospital Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva. O swab foi semeado em ágar Manitol Salgado e a espécie confirmada por espectrometria de massas (MALDI-TOF). A resistência à metilicina foi detectada pelo teste de difusão do disco.

Além da coleta das amostras, a equipe do projeto também realiza a orientação das mães, especialmente nos períodos em que há aumento de casos de doenças transmissíveis. São reforçadas medidas preventivas, como restrição e controle das visitas ao recém-nascido, além da importância da amamentação e da imunização para fortalecer a saúde do bebê. A equipe também é responsável pela coleta de informações dos prontuários e pela formação de um banco de dados.

RESULTADOS

Entre setembro/2023 a dezembro/2023 e entre março/2024 a julho/2024, foram avaliados 127 recém-nascidos (RN). Um total de 24 pacientes foram avaliados mais de uma vez, por permanecerem na unidade por mais de 72 horas.

Dos 127 RN, 65 (51,2%) eram meninos e a maioria nasceu por parto cesáreo (72,6%). A média do peso, comprimento e idade gestacional (IG) ao nascer foi, respectivamente, 2880g, 46,7 cm e 37,7 semanas. Dos bebês, 31 (24,4%) fizeram uso de antibiótico logo após o nascimento. Em 29,1% (35) dos casos, a mãe apresentou infecção urinária durante a gestação, em 8,6% (11) a mãe foi diagnosticada com sífilis, e em 2,3% (3) a mãe era positiva para o HIV. Para 30,1% (37) dos pacientes, houve uso de antibiótico pela mãe durante a gestação.

Dos 127 bebês, oito (6,2%) apresentaram colonização por MRSA, sendo que um deles apresentou três amostras positivas. Neste grupo, 5 (62,5%) eram meninos, 7 (87,5%) nasceram de parto cesáreo e somente um utilizou antibiótico. A média de peso, comprimento e IG ao nascer foi, respectivamente, 2926,25g, 46cm e 38,9 semanas. Entre as mães, três relataram infecção do trato urinário durante a gestação, uma fez uso de antibiótico e uma apresentou sífilis durante o período gestacional.

A análise epidemiológica dos dados obtidos evidencia que a prevalência de MRSA entre recém-nascidos nesta maternidade de alto risco foi de 6,2%, mais que o dobro do encontrado na população brasileira sem fatores de risco. Verificou-se uma elevada exposição a antibióticos para os bebês e as mães, bem como altas taxas de infecções maternas, como infecção urinária e sífilis, esta última com incidência quatro vezes superior à média nacional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Sendo assim, nota-se a importância da vigilância epidemiológica e do controle de infecções, não apenas como medida de segurança hospitalar, mas como estratégia essencial para a saúde pública.

O combate à disseminação de patógenos resistentes é uma responsabilidade coletiva, que envolve profissionais de saúde e a população em geral, fortalecendo a participação ativa(2).

Nesse sentido, a orientação às mães sobre práticas seguras, como a restrição de visitas, a amamentação e a imunização, desempenha um papel fundamental na redução da transmissão de doenças e na promoção da saúde infantil. A conscientização da comunidade é essencial para fortalecer as estratégias de prevenção e garantir um ambiente mais seguro para os recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

- (1) Heigl K *et al.* Prevalence of methicillin-sensitive, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, and extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli* in newborns: a cross-sectional study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Nov;35(22):4243-4249. doi: 10.1080/14767058.2020.1849100.
- (2) Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing. 33. ed. Wayne: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2023.
- (3) Organização Pan-Americana Da Saúde. Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE): Módulo 4: Vigilância em Saúde Pública. OPAS; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principiosepidemiologia_4pdf.

TEATRO COMO FERRAMENTA FACILITADORA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA DO PERÍODO 2007-2021

Lucas Lima de Carvalho¹

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Amanda dos Santos Cabral

Bruna Liane Passos Lucas

Pamela Lima Dias Lins

Jéssica Andressa Reis de Souza

Antonio Eduardo Vieira dos Santos

Alexandre Oliveira Telles

Claudia Lima Campos Alzuguir

Maria Kátia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A escola, por sua estrutura organizacional, é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas em saúde, promovendo o compartilhamento de saberes entre estudantes e famílias(1). Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE), resultado da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, destaca-se como uma importante ferramenta de promoção da saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE) desenvolve suas ações com base nos princípios da promoção da saúde definidos pela Carta de Ottawa(2). Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde surge como uma estratégia fundamental para fortalecer práticas educativas no ambiente escolar e ampliar o alcance das ações do programa.

As metodologias ativas, ao valorizarem o protagonismo infantil e adaptarem os temas à realidade das crianças, destacam a ferramenta lúdico-teatral como recurso eficaz. Essa abordagem facilita a participação infantil nas ações educativas em saúde, ao utilizar linguagem acessível e elementos do seu universo para engajar e despertar o interesse pelo conteúdo(3).

Desta forma, o presente estudo tem como questões norteadoras: 1) Que evidências existem na literatura científica sobre a contribuição das atividades teatrais para a promoção da saúde na idade escolar? 2) Quais os fatores que favorecem e dificultam a implementação de práticas educativas na modalidade teatral?

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivos:

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: lucaslimac17@gmail.com

a) Caracterizar a produção científica, no período de 2007 a 2021, acerca da educação em saúde, de crianças em idade escolar, com base no teatro como ferramenta facilitadora;

b) Discutir as implicações dos principais resultados evidenciados na produção científica à luz dos pressupostos da Carta de Ottawa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) tendo sido selecionadas as bases de dados Lilacs e Medline. Os Descritores em Ciências da Saúde selecionados foram “Saúde do Estudante”, “Drama” e “Serviços de Saúde Escolar”, os quais foram cruzados entre si, utilizando o operador booleano “and”. Os critérios de inclusão foram: a) Artigos científicos, teses, dissertações de mestrado, monografias e anais de congresso; b) Publicações com texto completo disponível nas bases de dados consultadas; c) Publicações nos idiomas português, inglês e espanhol; d) Publicações dos últimos quatorze anos, a partir do marco do Programa Saúde na Escola, perfazendo o período compreendido entre 2007 e 2021.

Foram excluídos do estudo: notas prévias, entrevistas, resenhas, artigos de opinião, conferências e manuais. Desta forma, das 40 produções encontradas foram excluídas 34, restando 6 artigos como amostra final.

Após a leitura dos estudos que compuseram a amostra final, foi utilizada como técnica de tratamentos de dados a Análise Temática de Laurence Bardin, elencando as unidades de sentido que posteriormente foram agrupadas em categorias analíticas.

RESULTADOS

A partir da extração dos núcleos de significação, foram estabelecidas as seguintes categorias analíticas: “Temáticas abordadas nas ações educativas na modalidade teatral: influência do modelo higienista na abordagem das atividades de educação em saúde”; “Estratégias adotadas que se aproximam do paradigma da integralidade”; “Cenários de desenvolvimento das ações educativas e os atores sociais envolvidos nessas atividades: o espaço de troca de saberes”; e “Dificuldades enfrentadas na implementação das práticas educativas”

Os resultados indicados pela leitura dos artigos demonstram que as práticas educativas desenvolvidas para crianças em idade escolar apresentam características doutrinárias e com enfoque primordialmente higienista. Dentre as estratégias utilizadas nas práticas educativas evidenciadas nos estudos, podem-se destacar: teatro de fantoches; esquetes; teatro de improviso; dança; jogos interativos; entre outras. Assim, evidencia-se o protagonismo do uso da ferramenta lúdico-teatral como instrumento didático-pedagógico.

Além disso, a escola emerge enquanto ambiente favorável para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde. Isto porque, sua estrutura organizacional, no que diz respeito aos profissionais presentes e conhecimentos compartilhados, favorece a troca de saberes em saúde.

Quanto aos sujeitos envolvidos nas atividades de educação em saúde, os artigos destacam a população nativa, as crianças em idade escolar, os adolescentes, as gestantes, as puérperas, os adultos jovens, os idosos e os profissionais da saúde e educação envolvidos na pesquisa. Dentre as dificuldades apresentadas nos artigos encontrados acerca da implementação de práticas educativas, pode-se destacar as barreiras de linguagem.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ferramenta teatral mostrou-se valiosa para a educação em saúde de crianças em idade escolar. No entanto, identificou-se uma escassez de estudos sobre o tema, especialmente no Brasil. Investigar o uso do teatro no contexto nacional pode representar uma estratégia promissora para a educação popular em saúde, considerando a diversidade cultural e as desigualdades sociais do país.

Os artigos analisados destacam a importância da capacitação de agentes multiplicadores de saúde, sejam membros da comunidade ou profissionais. Ressalta-se, ainda, a necessidade de compreender os aspectos que envolvem o uso de ferramentas lúdico-teatrais nas práticas educativas, visando uma atuação fundamentada em evidências. O projeto descrito neste trabalho recebe financiamento do PROFAEX/UFRJ edital 2023 da pró-reitoria de extensão (PR-5) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica: saúde na escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- (2) World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canada: WHO; 1986.
- (3) Lucas EAJCF *et al.* O teatro como instrumento socioeducativo na escola—experiências exitosas. *In*: Sombra ICN, organizadora. Enfermagem moderna: bases de rigor técnico e científico. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. p. 167-178.

TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO CUIDADO INTEGRAL NO SUS

Richardson Jorge Almeida Meirelles¹

Mariana Camargo Tumonis Oliveira

Carolina Passos Sodré

Ana Beatriz Dias Pacheco

Roseni Pinheiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua a ser um grave problema de saúde pública, especialmente no Brasil, onde as taxas de incidência são alarmantes, com destaque para o Rio de Janeiro, que possui uma das maiores taxas do país [1,2]. A alta morbimortalidade associada à doença, mesmo sendo curável e com diagnóstico e tratamento eficazes, reflete desafios no sistema de saúde, como desigualdades no acesso e falhas no fluxo assistencial [3,4]. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) busca descentralizar as ações de cuidado, porém, o sucesso desse modelo depende da efetiva participação dos usuários [5]. Este projeto visa analisar as trajetórias assistenciais de pessoas com tuberculose e avaliar o papel da sociedade civil no PNCT, considerando as vulnerabilidades sociais, políticas e econômicas dos indivíduos no município do Rio de Janeiro [6].

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo avaliar a participação da sociedade civil no PNCT, analisando as trajetórias assistenciais de pacientes com tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS) da Área Programática 4.0 do município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Este estudo adotará uma abordagem qualitativa, exploratória e avaliativa, centrada nas trajetórias assistenciais de pacientes com diagnóstico de tuberculose. Utilizando o estudo de caso [7], será analisado o percurso dos pacientes pelo sistema de saúde, considerando as escolhas e práticas mediadas pela rede de apoio social. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com pacientes em tratamento para tuberculose nas Unidades de Saúde da Família e centros de referência. A análise será feita por meio da análise temática de conteúdo [8], com a interpretação hermenêutica-dialética dos dados [9]. A saturação teórica será o critério para a conclusão da coleta de dados [10].

1

Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: richardson_meirelles@hotmail.com

RESULTADOS

A pesquisa ainda está em andamento, mas espera-se que os resultados revelem as especificidades das trajetórias assistenciais de pacientes com tuberculose no contexto da APS [11], incluindo os fatores que influenciam a continuidade ou não do tratamento. Espera-se identificar os principais pontos de vulnerabilidade ao longo do percurso de cuidado, como a falta de articulação entre os serviços de saúde [12], o impacto das condições sociais e econômicas [13] e o papel da comunicação no vínculo com os profissionais de saúde [14]. A análise das trajetórias também pode indicar lacunas nas políticas públicas de saúde e sugerir melhorias nos fluxos assistenciais [15].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo busca contribuir para a compreensão das complexas trajetórias de cuidado de pacientes com tuberculose, destacando a importância da participação do usuário no processo de cuidado integral. Espera-se que os resultados possam informar melhorias nas práticas de cuidado, especialmente na coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e evidenciar a necessidade de maior sensibilização dos profissionais de saúde para as condições de vulnerabilidade dos pacientes. Além disso, a pesquisa deve enfatizar o papel fundamental da sociedade civil na efetividade das políticas de controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

- (1) Chaves GC *et al.* Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. *Physis*. 2019;29. Doi: 10.1590/S0103-73312019290121
- (2) Conselho Federal de Farmácia. Mortes por infecções bacterianas resistentes a antibióticos devem chegar a 39 milhões até 2050. Brasília, DF: CFF; 2025 [citado 2025 set 12]. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/10/03/2025/mortes-por-infeccoes-bacterianas-resistentes-a-antibioticos-devem-chegar-a-39-milhoes-ate-2050>
- (3) Conselho Regional de Farmácia (Rio Grande do Sul). Levantamento aponta os antimicrobianos como a principal classe terapêutica em falta nas farmácias. Porto Alegre: CRF; [citado 2025 set 12]. Disponível em: <https://www.crrs.org.br/noticias/levantamento-do-crf-rs-aponta-os-antimicrobianos-como-a-principal-classe-terapeutica-em-falta-nas-farmacias>
- (4) Rodrigues PHA *et al.* Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(Suppl 2):e00201921. Doi: 10.1590/0102-311XPT00201921
- (5) Okita GM. Análise da dependência da indústria farmacêutica brasileira de insumos farmacêuticos ativos (2000-2020) [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2022.

UENP NA COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Maria Paula de Medeiros Coutinho¹

Bruno Peres de Araujo

Laysa Cristine Oliveira Dias

Luana Rodrigues dos Santos

Milena Tisque Machado

Naara Santos Moreira

Thaíssa Maria Sartório

Simone Cristina Castanho Sabaini de Melo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A extensão universitária desempenha um papel fundamental na formação acadêmica ao possibilitar a interação entre o ensino superior e a sociedade, proporcionando experiências práticas e contribuindo para a melhoria das condições de vida da população (1,2). Nesse contexto, o projeto “UENP na Comunidade” foi idealizado como uma iniciativa do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), com o intuito de promover a saúde e prevenir doenças através de ações educativas e atenção em saúde voltadas para os moradores do município de Bandeirantes-PR.

O projeto é estruturado em cinco subprojetos interligados, cada um abordando uma temática específica da saúde pública: Parasitoses Intestinais; Controle de Vetores; Medicação e Saúde; Além dos Tabus Sexuais; e Jovens Socorristas.

Ao promover a educação em saúde por meio de palestras, postagens informativas, atividades práticas e interações diretas com a população, o projeto “UENP na Comunidade” reforça a importância do papel da universidade na formação cidadã e no desenvolvimento social (3). A presente experiência busca relatar a implementação e os impactos desse projeto na comunidade bandeirantense, evidenciando seus benefícios tanto para os acadêmicos envolvidos quanto para os moradores beneficiados.

OBJETIVO

O projeto “UENP na Comunidade” tem como principal objetivo promover a interação entre a universidade e a comunidade por meio da disseminação de informações e ações voltadas para a prevenção de doenças, controle de vetores, uso adequado de medicamentos, educação sexual e capacitação para primeiros socorros. Dessa forma, almeja-se contribuir para a formação cidadã dos acadêmicos e para a melhoria das condições de saúde da população atendida (2,3).

1

Universidade Estadual do Norte do Paraná. E-mail: maria.coutinho@discente.uenp.edu.br

METODOLOGIA

Cada um dos cinco subprojetos utiliza diferentes abordagens para atender às necessidades específicas da comunidade. Todos realizam postagens informativas em redes sociais para ampliar o alcance das ações e promover a conscientização da população (1,2).

O subprojeto Parasitoses Intestinais realiza apresentações lúdicas em creches, enfocando a importância dos hábitos de higiene. O subprojeto Controle de Vetores foca em apresentações em escolas e espaços públicos sobre medidas preventivas para o controle de vetores. O subprojeto Medicação e Saúde atua na conscientização sobre o uso adequado de medicamentos por meio de atividades práticas, como aferição de pressão arterial (2). O subprojeto Além dos Tabus Sexuais, aborda temas como prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e a quebra de tabus culturais relacionados à sexualidade (3). Por fim, o subprojeto Jovens Socorristas realiza palestras em escolas e espaços públicos sobre técnicas de primeiros socorros (2,3).

O projeto conta com financiamento da Itaipu Parquetec destinado à concessão de bolsas e ao auxílio-deslocamento dos integrantes da equipe.

RESULTADOS

Os subprojetos foram desenvolvidos em Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEIs), escolas estaduais e municipais e em grupos da terceira idade, promovendo ações voltadas à saúde e conscientização da comunidade (2,3). O subprojeto de Parasitoses Intestinais ampliou o conhecimento sobre medidas preventivas, reforçando a importância da higiene para reduzir o risco de parasitose entre crianças e instruiu pais e responsáveis sobre práticas eficazes de prevenção (1,2). O subprojeto Controle de Vetores promoveu palestras e orientações sobre a necessidade de manter ambientes limpos, eliminando possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, não apenas nos domicílios, mas também em terrenos baldios. Já o subprojeto de Medicação e Saúde orientou sobre o uso seguro de medicamentos, prevenindo intoxicações e automedicação inadequada (2). No campo da educação sexual, o subprojeto Além dos Tabus Sexuais possibilitou a quebra de preconceitos e a disseminação de informações corretas, promovendo um ambiente de diálogo aberto e saudável. O subprojeto Jovens Socorristas capacitou estudantes e membros da comunidade em primeiros socorros, ampliando a preparação para emergências e fortalecendo a segurança escolar e domiciliar (2,3).

Além dessas iniciativas, o programa de extensão UENP na Comunidade realizou duas edições do evento de mesmo nome, proporcionando uma oportunidade única de ampliar o alcance dos projetos. Os subprojetos foram apresentados à comunidade em estandes interativos, promovendo atividades educativas. Na primeira edição, mais de 800 visitantes participaram; na segunda, esse número superou 1.000. A interação reforçou a importância do engajamento da universidade, fortalecendo o diálogo entre acadêmicos e sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto UENP na Comunidade reafirmou a importância da extensão universitária ao promover ações interdisciplinares voltadas à saúde e educação no município de Bandeirantes-PR. As atividades desenvolvidas fortaleceram a conscientização da população sobre prevenção de doenças, autocuidado e primeiros socorros, ao mesmo tempo em que proporcionaram aos acadêmicos experiências práticas enriquecedoras. A interação direta com a comunidade possibilitou a troca de conhecimentos, aproximando a universidade da realidade local e reforçando seu compromisso social. O impacto positivo das ações evidencia o papel transformador da extensão universitária na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- (1) Santana RR, Santana CC de AP, Costa Neto SB, Oliveira ÊC. Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. Educação Realidade. 2021;46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/qX3KBJghtjpHQRDZzG4b8XB/>
- (2) Bezerra INM, Nascimento JL do, Ferreira BNC, Lima JCS, Guerra EC. A extensão universitária na promoção à saúde: projeto Saúde em Foco. Rev. Ed. Popular. 2023;22(2):361-73. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/68179>
- (3) Sampaio JF, Bittencourt CC, Porto VF, Cavalcante JC, Medeiros ML. A Extensão Universitária e a Promoção da Saúde no Brasil: Revisão Sistemática. Rev. Portal: Saúde Soc. 2019;3(3):921-30. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/5282>

UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE (UATI): CONSTRUINDO UM ESPAÇO INTEGRADO ENTRE A MEDICINA E O SABER POPULAR DE IDOSOS DA UATI, PROMOVIDA PELA SAÚDE COLETIVA

Marcos Vinícius Lobo Milhor¹

Ana Victoria Santos dos Reis

Daniely Alves de Oliveira

Hanna dos Anjos Gomes

Márcia Cristina Maciel de Aguiar

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O curso de medicina da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) possui, como importantes componentes curriculares do ciclo clínico, as disciplinas de Saúde Coletiva (SC) I, II e III, ofertadas entre o 5º e o 7º semestres do curso. A SC I, disponível no 5º semestre, além das aulas teóricas, é composta por atividades práticas e extensionistas associadas à Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) – projeto fundado e coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da UNEB, desde o ano de 1997 (1).

A UATI é um programa de extensão universitária caracterizado como uma organização de educação continuada não formal que, por meio da integração entre a universidade e os idosos com até 90 anos matriculados no projeto, objetiva garantir o pleno exercício da cidadania, a conscientização e os direitos dos idosos (2). Para isso, diversas atividades teórico-práticas são realizadas sob a supervisão de docentes, mas com a condução, normalmente, por instrutores e monitores que são os alunos da UNEB. Dessa forma, todos os futuros médicos da universidade, graças à SC I, passam pela experiência de intercambiar os conhecimentos científicos/médicos com os saberes populares advindos dos integrantes da UATI.

OBJETIVO

O objetivo do componente prático da SC I, ao integrar a disciplina com a UATI, é, além de contribuir para a formação social dos estudantes de medicina da UNEB – rompendo com o paradigma biomédico –, garantir que o saber científico possa ser integrado ao saber popular, sem desmerecê-lo ou negligenciá-lo, de forma que os idosos da UATI se beneficiem do espaço formativo/educacional que é gerado a partir dessa relação entre a academia e a comunidade.

METODOLOGIA

O componente prático da SC I compõe uma parte da carga horária (60 horas) da disciplina, que tem um total de 75 horas. No entanto, para os alunos da UATI, esse componente é conhecido

1 Universidade do Estado da Bahia. E-mail: viniciusloboprincipal@gmail.com

como “Saúde: Corpo, mente e família”, sendo, para eles, uma matéria teórica. Dessa maneira, os idosos da UATI, que devem cursar pelo menos uma disciplina teórica, podem escolher em qual irão se matricular, tendo a disciplina “Saúde: Corpo, mente e família” como uma das opções. Isto posto, no semestre letivo de 2024.2, uma média de 50 idosos estavam matriculados na matéria, divididos entre as turmas de terça e de quarta-feira, o que também acontecia com os 13 alunos de medicina, que se dividiam entre os grupos práticos 1 (terça-feira) e 2 (quarta-feira), a fim de contemplar as duas turmas de idosos assim distribuídas.

A disciplina é ministrada por uma docente doutora em medicina e saúde humana, mestra em ciências sociais e médica psiquiatra que, no componente prático da disciplina, atua como supervisora da execução das atividades. Ao iniciar o semestre letivo, em agosto de 2024, em conjunto com a docente e com o feedback dos alunos idosos, os estudantes definiram os temas a serem abordados, variando desde temas de patologias, como hipertensão arterial, hipo/hipertireoidismo e depressão, a temas sociais, como racismo, LGBTfobia e direitos dos idosos. Cada um destes temas foi trabalhado em dois momentos distintos.

No primeiro momento, o subgrupo A da turma prática preparava um seminário abordando o conteúdo teórico do tema escolhido, o que garantia aos estudantes o domínio do conteúdo a ser discutido, deixando-os aptos para sanar as dúvidas que surgissem. Esse seminário, então, era apresentado para a professora e para o subgrupo B. Na semana seguinte acontecia o segundo momento, em que o tema que foi apresentado pelo subgrupo A em sala de aula era convertido em uma roda de conversa no espaço físico da UATI. Com o apoio da professora, os discentes eram estimulados a levantar questionamentos e pautas de interesse comum entre os idosos, convidando-os à conversa e proporcionando um ambiente confortável para que pudessem expressar as suas opiniões, vivências e saberes sobre o tema. No tempo de 100 minutos, a roda de conversa se desenvolvia até que a temática fosse esgotada. Logo após a roda do subgrupo A, era a vez do subgrupo B apresentar o seu tema, em sala de aula, para que, na semana seguinte, fosse convertido em roda e assim sucessivamente, de forma que os subgrupos se intercalavam na condução das rodas. A disciplina perdurou até o fim do semestre, em dezembro de 2024, totalizando cerca de 6 rodas de conversa feitas na UATI, para cada subgrupo.

Concluída a experiência, os alunos de medicina sinalizaram as competências adquiridas, que incluíram a construção de novos conhecimentos médicos, a condução de rodas de conversa no campo da saúde, trabalhar em grupo, conviver e respeitar as diferenças e melhor conhecer a realidade vivida pelos idosos, amenizando o etarismo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As rodas de conversa da disciplina SC I foram excepcionais, promovendo o crescimento humanístico dos discentes e valorizando os direitos dos idosos, por meio da promoção de saúde e discussões sobre temas do cotidiano dessa população. Os alunos da UATI participaram ativamente, compartilhando dúvidas, opiniões, vivências e saberes populares. Muitos deles, ao adquirirem novos

conhecimentos, melhoraram os seus hábitos de vida e saúde, além de terem se tornado propagadores de informação entre os seus amigos e familiares. O empenho dos futuros médicos era evidente, com encontros marcados por descontração e momentos de tranquilidade em meio às demandas do curso. Essa integração entre a SC I e a UATI contribuiu para o desenvolvimento de um olhar humanizado e atento às singularidades dos idosos, um diferencial significativo para os discentes de medicina da UNEB em suas futuras carreiras profissionais.

REFERÊNCIAS

- (1) Gomes IC, Costa N, Cerqueira Z. A universidade aberta à terceira idade-UATI-UNEB no baixo sul da Bahia: uma experiência exitosa sobre o papel da extensão universitária na qualidade de vida de pessoas idosas. 2018 Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/50254>.
- (2) Nunes FD. A Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) e a Extensão Universitária: Ressignificando a práxis acadêmica na UNEB Campus XI-Serrinha. Rev Extensão Cultura. 2018;2(1):62–73. Doi:10.5965/259464122162.

URBANISMO INSURGENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DE LOS HABITANTES DE LA PERIFERIA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Sergio Gómez Molina¹

INTRODUCCIÓN

Históricamente la planificación urbana ha estado asociada con las dinámicas de acción de las elites económicas, las inmobiliarias, la construcción de infraestructura vial y la gestión del riesgo, con la anticipación a la posibilidad de catástrofes y tensiones que desfavorezcan las condiciones de vida de la población, sin embargo, esta tendencia se viene reconfigurando a partir de las últimas décadas, pues se incorpora dentro de las dimensiones de intersección al urbanismo, categorías como, construcciones sostenibles, ocupación del suelo, cambio climático y relacionamiento de convivencia consiente entre el ser humano, tanto al nivel individual como colectivo con la naturaleza. El urbanismo y la planificación del territorio, incide directamente sobre las condiciones de vida de las personas que habitan, o ejercen su actividad productiva cerca de las áreas de impacto de los proyectos, por tanto sus fundamentos básicos deben ser éticos, humanistas y sociales, esto con el fin de garantizar a todos, igualdad en el acceso a los bienes y servicios comunes que surgen como resultado de dicho proceso de planificación, y con esto contribuir a una real transformación social, que comprenda la dimensión económica, cultural y política para que el derecho a la ciudad sea efectivo para todos. La transformación de la ciudad no se puede comprender a partir de disciplinas estáticas(1). Por el contrario debe adaptarse a situaciones cambiantes, debe interpretar como se comportan las dinámicas sociales y económicas, sustentando esta afirmación es menester reconocer los intereses reales, que hay tras una propuesta de transformación urbana.

OBJETIVO

Analizar el impacto del urbanismo insurgente en la salud pública de las comunidades periféricas de Medellín y su relación con la apropiación social del territorio.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación sobre el urbanismo insurgente como elemento de determinación de la salud, se realizó una búsqueda sistemática de literatura siguiendo el modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La metodología se estructuró en cuatro fases: identificación, selección, evaluación y extracción de datos. Se efectuó una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas como Scopus, Web of Science, PubMed y

1 Universidad de Antioquia. Correo. E-mail: sergio.gomezm@udea.edu.co

Google Scholar, utilizando palabras clave relacionadas con “urbanismo insurgente”, “determinantes sociales de la salud”, “planificación urbana crítica” y “salud urbana”. Se aplicaron filtros de relevancia y se priorizaron publicaciones de los últimos diez años para garantizar la actualidad de los datos. Para estructurar el análisis, se establecieron categorías temáticas clave como: espacios urbanos autogestionados y su impacto en la salud comunitaria, participación ciudadana y acceso equitativo a infraestructuras urbanas y políticas urbanas alternativas y su relación con la justicia social y ambiental.

RESULTADOS

Las ciudades del mundo, especialmente en los países en desarrollo, enfrentan desafíos significativos en términos de urbanización rápida, desigualdad socioeconómica y exclusión social. En muchas de estas ciudades, grandes sectores de la población viven en asentamientos informales o barrios marginales donde el acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento, electricidad y atención médica es limitado o inexistente. Estos entornos urbanos, a menudo desatendidos por políticas urbanas tradicionales, se convierten en focos de problemas de salud pública, como la alta prevalencia de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, y malnutrición, entre otros.

El concepto de urbanismo insurgente surge como respuesta a estas limitaciones del urbanismo tradicional. Se refiere a las prácticas y procesos informales y auto-organizados mediante los cuales los residentes de comunidades marginadas buscan mejorar sus condiciones de vida, a menudo desafiando las normativas y planificaciones oficiales. Estas intervenciones incluyen desde la construcción de infraestructuras básicas hasta la creación de espacios públicos, jardines comunitarios y clínicas improvisadas.

A partir de los escenarios develados en cada uno de los componentes de esta revisión se puede afirmar que el urbanismo insurgente, es una categoría conceptual derivada de la teoría crítica y cuyo accionar se fundamenta en 4 elementos, que son: i) su carácter teórico, ii) su reflexividad, iii) su crítica de la razón instrumental y iv) su énfasis en la disyunción entre lo real y lo posible (Brenner, s.f). Se puede entender en relación con las formas de habitar el espacio, desde las dinámicas de vida de las personas que participan activamente en beneficio del derecho al territorio y por ende dicha categoría tiene una relación directa con la necesidad que tienen los seres humanos por sobrevivir en un espacio común en condiciones de seguridad social, salud pública y bienestar.

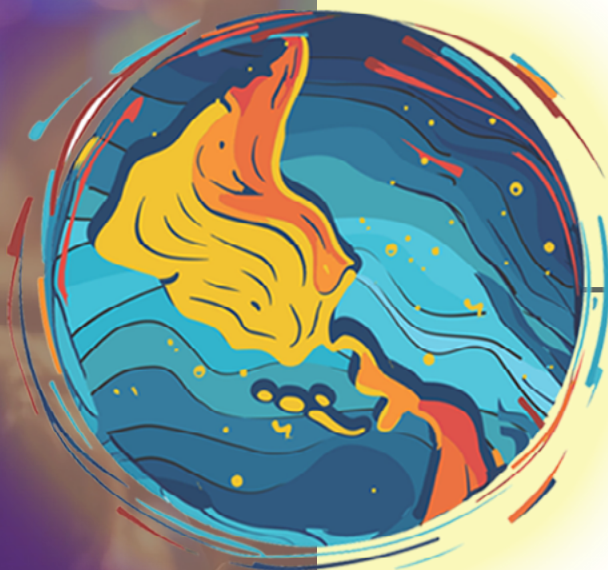
Se puede determinar entonces, que los escenarios de organización del territorio desde las bases comunitarias son una respuesta de las clases más oprimidas, ante las desigualdades sociales generadas por políticas neoliberales, que dan prioridad a la capitalización de los espacios. La ausencia de estado, y la falta de garantías para las personas en relación con la vivienda. Empero, para que estos procesos sean exitosos debe existir cierto grado de organización comunitaria que facilite los procesos de empoderamiento para que posteriormente se desarrollen los escenarios participativos en torno a las formas de sentir y vivir el espacio que se habita.

CONSIDERACIONES

Las formas emergentes de producción del espacio, se vienen sugiriendo una relación conceptual derivada de la teoría crítica (el urbanismo insurgente) con el hábitat popular, y la ubicación geográfica en gran medida determina las formas de emparejamiento con estos dos conceptos, mientras en países de oriente se habla del hábitat popular y la participación como la posibilidad de tomar partido en la toma de decisión referentes a la vivienda, en Latinoamérica, y sobretodo en países como Argentina, Chile, Brasil y México, las dinámicas que rodean el concepto se aproximan más a las formas de vivir en un espacio, es decir, mientras que en latitudes diferentes a las latinoamericanas se condiciona el urbanismo a la vivienda, en Latinoamérica emergen nuevas tendencias que aproxima el urbanismo desde la perspectiva crítica a la justicia social, la cohesión comunitaria y la salud pública. La salud urbana es un campo interdisciplinario que examina la interacción entre la salud de las poblaciones y su entorno urbano.

REFERENCIAS

- (1) Borja J. El urbanismo frente a la ciudad actual: sus desafíos, sus mediaciones y sus responsabilidades [Internet]. Plataforma Urbana; 2016 [citado 2025 Mar 15]. Disponible en: <http://www.plataformaurbana.cl/archive/2016/02/15/el-urbanismo-frente-a-la-ciudad-actual-sus-desafios-sus-mediaciones-y-sus-responsabilidades-introduccion-por-jordi-borja/>



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 5: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

EIXO 5: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Cartel/Poster

EJE 5: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD/ EIXO 5: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Cartel/Poster

A CLÍNICA DO EXCESSO NO CONTEXTO PÓS-PANDÊMICO: A IMERSÃO NO MUNDO VIRTUAL	967
A COMPLEXIDADE DE CASOS NO SISTEMA PRISIONAL E O ENSINO MÉDICO: ENTENDIMENTO DA MARGINALIZAÇÃO DO CUIDADO EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	970
A CRIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE PORTO REAL: ANÁLISE DE UM TRABALHO INTERSETORIAL	973
A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR HANSENÍASE NO HUCFF: UMA ANÁLISE QUALI-QUANTITATIVA DAS ESCALAS DE ESTIGMA E DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	976
A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL DE OLIVEIRA (MG): REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	979
A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA CURRICULAR COMO ESTRATÉGIA FORMATIVA PARA ENFRENTAMENTO AS DESIGUALDADES SOCIAIS	982
A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL COMO INSTRUMENTO PARA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: VIVÊNCIAS EM VISITAS DOMICILIARES EM ÁREA VULNERÁVEL DO RIO DE JANEIRO	985
A FOTOGRAFIA COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO PARA MULHERES QUE VIVENCIAM/ VIVENCIARAM A VIOLÊNCIA	988
A GÊNESE DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE: DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E RELAÇÕES DE GÊNERO	990
A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DA TEMÁTICA LGBT NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS: UM RELATO DE VIVÊNCIA ACADÊMICA	993
A IMPORTÂNCIA DA LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE DA MULHER FRENTE À INSUFICIÊNCIA CURRICULAR DA ABORDAGEM INTEGRAL DA SAÚDE E DA SEXUALIDADE FEMININAS	995
A INFLUÊNCIA DO FATOR SOCIOECONÔMICO NA SAÚDE BUCAL NO BRASIL	998
A INTERDISCIPLINARIDADE E A CENTRALIDADE DO USUÁRIO NO CUIDADO AOS CANDIDATOS A UM TRANSPLANTE CARDÍACO	1000
A INTERSECCIONALIDADE NA PRÁTICA: O PROTAGONISMO DAS MULHERES NEGRAS NAS CONSTRUÇÕES DE PONTES ENTRE TERRITÓRIOS, DIVERSIDADES E BEM VIVER	1002
A MOBILIDADE ATIVA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM SUA INTERFACE COM A DETERMINAÇÃO SOCIAL	1005
A MORBIDADE ASSOCIADA À VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA APRESENTADA NOS DISTÚRBIOS CIRCULATÓRIOS	1008
A PANDEMIA DE COVID-19 E AS EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES INDÍGENAS NO CURSO DE MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DE SÃO PAULO	1011

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2021	1014
A PRODUÇÃO DA ANSIEDADE EM JOVENS: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	1016
A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE MASCULINIDADES E PRÁTICAS DE CUIDADO A SAÚDE DE HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA	1019
A RELAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E OBESIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	1022
A RELAÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA A SAÚDE MENTAL DA MULHER.....	1024
A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA.....	1027
A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) E SEUS PRECONCEITOS ASSOCIADOS EM BELÉM, PARÁ, BRASIL.....	1030
A TELA COMO REFLEXÃO E RESISTÊNCIA: O AUDIOVISUAL NO DEBATE COLETIVO SOBRE SAÚDE MENTAL NA ESCOLA.....	1032
A TERRA QUE NOS CURA: A CONEXÃO ESPIRITUAL DOS POVOS INDÍGENAS E OS IMPACTOS DO DESLOCAMENTO URBANO NA SAÚDE MENTAL, COM UM OLHAR SOBRE AS MULHERES INDÍGENAS	1035
A VIOLÊNCIA ARMADA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	1038
A VIOLÊNCIA QUE ATRAVESSA OS MUROS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA ESTADUAL EM PERÍODO PANDÊMICO	1041
A “VIRADA ESPACIAL” NO INÍCIO DOS ANOS 2000 E A ABORDAGEM DO TERRITÓRIO EM SAÚDE COLETIVA.....	1043
ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NO NAMORO ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIAS: DA PESQUISA À CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA.....	1046
AÇÃO MULTIPROFISSIONAL SOBRE A CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL E HÁBITOS DE AUTOCUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS/RJ	1049
ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN, COMPRENSIÓN Y PREVENCIÓN DEL PROGRAMA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA: LA EXPERIENCIA DE LA CAMPAÑA LA ÚLTIMA FOTO	1052
ADAPTANDO UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE BAJA INTENSIDAD FACILITADA POR TRABAJADORAS COMUNITARIAS DE SALUD AL CONTEXTO DE LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS	1055
ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL: TENDÊNCIAS E DISPARIDADES REGIONAIS ENTRE 2014 A 2022.....	1057
ADESÃO AO TRATAMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ABRIGADA: BARREIRAS E FACILITADORES	1060
ADESÃO DE IDOSOS AOS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS: ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE BUCAL DO IDOSO.....	1062

ALIMENTOS AO ALCANCE DAS CRIANÇAS: ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO À FRUTAS E VEGETAIS E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM DOMICÍLIOS BRASILEIROS	1065
ANÁLISE COMPARATIVA DOS INDICADORES LETALIDADE E TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE E LEPTOSPIROSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2016 A 2021	1067
ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E DE GESTÃO MACRORREGIONAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	1070
ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE PARTO E PUERPÉRIO DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES	1073
ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DA VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM OS FATORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	1076
ANÁLISE DO PERFIL E EQUIDADE NO USO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV NO BRASIL ENTRE 2018 E 2023.....	1079
ANÁLISE DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO PRÉ NATAL ATRAVÉS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE	1081
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE CÂNCER OCUPACIONAL EM GOIÁS NOS ÚLTIMOS 11 ANOS	1084
ANÁLISE QUALI-QUANTITATIVA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR HANSENÍASE ACOMPANHADOS NO HUCFF DA UFRJ	1087
ANÁLISE TEMPORAL DA INCIDÊNCIA DE HIV/AIDS EM ADULTOS JOVENS NO BRASIL E REGIÕES, ENTRE 2012 E 2022	1089
APEGO MATERNO E USO DE SUBSTÂNCIAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO SOBRE A APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS VALIDADOS PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA	1091
APLICAÇÃO DA OFICINA “SUA CONSULTA TEM COR?” EM AMBIENTE ACADÊMICO DE MEDICINA NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO	1094
APOROFOBIA NA CONTEMPORANEIDADE: UM PROBLEMA SOCIAL NA PERSPECTIVA DO NEOLIBERALISMO E DINÂMICAS SOCIAIS.....	1097
AS CERIMÔNIAS DE DEFINIÇÃO COMO PRÁTICA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: UMA EXPERIÊNCIA DA TERAPIA NARRATIVA.....	1100
AS COSTURAS DE UM CORPO DISSIDENTE: UM ESTUDO SOBRE AS INFLUÊNCIAS DOS IDEAIS DE BELEZA NA IMINÊNCIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA.....	1103
AS INTERSECÇÕES QUE (IN)VISIBILIZAM AS MULHERES TRANS E TRAVESTIS NO SISTEMA PRISIONAL	1106
ASOCIACIÓN DE VIOLENCIA INTERPERSONAL Y CONSUMO DE CIGARROS, CIGARROS ELECTRÓNICOS Y USO DUAL ENTRE ESTUDIANTES ADOLESCENTES MEXICANOS.....	1109
ASOCIACIÓN ENTRE TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD-SEXO DE ALTAS HOSPITALARIAS POR HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL SUELO E INEQUIDADES EN ECUADOR 2001, 2010 Y 2022.....	1112
ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES IMIGRANTES NO SUS: PRINCÍPIOS E DESAFIOS	1114

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: UMA PRIORIDADE OU UMA LACUNA?	1117
ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: ENTRAVES NA COLETA DO QUESITO RAÇA/COR EM BOTUCATU (SP)	1120
ATENDIMENTO A GESTANTES NEGRAS EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL: UMA ANÁLISE À LUZ DA BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E DO RACISMO INSTITUCIONAL	1123
AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO PARA AS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA EM MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NA BAHIA, DE 2013 A 2022	1126
AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA COMUNITÁRIA DA HANSENÍASE NO PERÍODO DE 2019 A 2022 NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL.....	1129
BARREIRAS NO ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): UMA ANÁLISE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM DA UERJ	1132
BASTIDORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: A INVISIBILIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A RELEVÂNCIA DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NO TERRITÓRIO.....	1135
CAMINHOS DO ADORMECER: COMO FUTUROS MÉDICOS PODEM MELHORAR SEU SONO.....	1138
CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1141
CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO TERRITÓRIO.....	1144
CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS E ÓBITOS POR COVID-19 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SOB O ENFOQUE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL	1146
CARACTERIZAÇÃO DOS DOMICÍLIOS EM INSEGURANÇA ALIMENTAR CHEFIADOS POR MULHERES COM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	1149
CENSO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E AS OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA RAPS/RJ	1152
CENSO PSICOSSOCIAL NA RAPS/ERJ E INTERSECCIONALIDADE: MAPEAR MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA E QUALIFICAR A ATENÇÃO	1155
CIÊNCIA ÉTICA E VALENTE: COMEMORANDO 40 ANOS DA ALAMES COM O ESTUDO COLETIVO DE UMA OBRA DE JAIME BREILH	1158
CIGARROS ELETRÔNICOS: UMA VISÃO CRÍTICA DOS IMPACTOS À SAÚDE	1161
CINEMA, MASCULINIDADES E SAÚDE: REFLEXÕES DERIVADAS DA PROPOSIÇÃO DE UM DISPOSITIVO PEDAGÓGICO NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	1164
CIRCUITO PARTENON DE ARTE E SAÚDE NO TERRITÓRIO: RELATO DE PRÁTICAS	1167
COMO O DISPOSITIVO MATERNO ADOECE MULHERES: SAÚDE MENTAL E GÊNERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	1170

COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SE PREPARA PARA AS QUESTÕES ENVOLVENDO O USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS NO BRASIL: DESABASTECIMENTO E DEPENDÊNCIA DO MERCADO INTERNACIONAL.....	1173
CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL: DESAFIOS À FORMAÇÃO PARA UMA SAÚDE INTEGRAL LGBTQIA+.....	1175
CONSTRUÇÕES E ANÁLISES APÓS IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI NA BAHIA. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1178
CONSTRUINDO APRENDIZADOS LOCAIS FRENTE A EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM TERRITÓRIOS VULNERABILIZADOS – EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE	1181
CORPO EM FOCO: O MOVIMENTO BODY POSITIVE NA PUBLICIDADE BRASILEIRA.....	1184
¿“CORTECITO”? PERCEPCIONES Y DISCREPANCIAS SOBRE EL USO DE EPISIOTOMÍA ENTRE PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA EN HOSPITALES PÚBLICOS CIUDAD DE MÉXICO	1186
COVID-19 E SEUS LEGADOS NAS FAVELAS: DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E MORTE NA PEDREIRA PRADO LOPES.....	1189
COZINHA COLETIVA EM COMUNIDADES VULNERABILIZADAS DE SÃO PAULO: A INICIATIVA NA OCUPAÇÃO JARDIM JULIETA.....	1192
CRENÇAS E ATITUDES SOBRE A TUBERCULOSE EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	1195
CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DESENVOLVIDOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	1198
CUIDADO LONGITUDINAL E TECNOLOGIAS EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES A PARTIR DO CAPS AD	1201
DA SALA DE AULA À PRÁTICA: A EXPERIÊNCIA DE ALUNOS NO ATENDIMENTO COM AURICULOTERAPIA PARA ALÍVIO DE DORES E TRANSTORNOS EMOCIONAIS	1203
DEFICIÊNCIAS FÍSICAS POR HANSENÍASE AINDA NO SÉCULO XXI?.....	1206
DEMANDAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DOS HOMENS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR POTIGUAR: VISIBILIDADES E APAGAMENTOS A PARTIR DE UMA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	1209
DEMOCRACIA, DIREITOS SOCIAIS E SAÚDE: RETOMANDO O CAMINHO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL E DA SOBERANIA DOS POVOS	1212
DESAFIOS DA MATERNIDADE EM TEMPOS DE COVID-19: TRABALHO, CONDIÇÕES EMOCIONAIS E FILHOS	1215
DESAFIOS E POTÊNCIAS NA ARTICULAÇÃO DO GRUPO DE CINEMA EM UM CAPS AD: “VAMOS SORRIR UM POUCO, DE PORRADA BASTA AS DA VIDA.....	1218
DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: UM DIÁLOGO SOCIOINSTITUCIONAL EM SANTARÉM, BELTERRA E MOJUÍ DOS CAMPOS	1220
DESAFIOS ESTRUTURAIS NO ACESSO À SAÚDE BUCAL PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA....	1223
(DES)CONHECIMENTOS DOS RISCOS DA SÍFILIS DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA.....	1226

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE MENSURAÇÃO: LESÕES OROFACIAIS COMO MARCADOR DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO	1229
DESIGUALDAD EN SALUD. TEORÍA, TEMAS, POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO, PROPÓSITO Y MÉTRICAS MÁS FRECUENTES. REVISIÓN DE LAS PUBLICACIONES. 2015-2024.....	1233
DESIGUALDADE INTERSECCIONAL NA ADESAO AO “LIFE ESSENCIAL 8” EM ADULTOS BRASILEIROS MAIS VELHOS: EVIDÊNCIAS DO ELSI-BRASIL	1236
DESIGUALDADE RACIAL NO ACESSO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: UM ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (2010-2024)	1239
DESIGUALDADES DE GÊNERO E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM ÁREAS URBANAS E RURAIS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL	1242
DESIGUALDADES NA MAGNITUDE E TENDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015-2024.....	1245
DESIGUALDADES NO ACESSO E ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NAS REDES PÚBLICAS E PRIVADAS NO BRASIL	1248
DESIGUALDADES RACIAIS NA ODONTOLOGIA: IMPACTO DAS POLÍTICAS DE INCLUSÃO NA CARREIRA DE DENTISTAS NEGROS E NA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO NEGRA	1251
DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE OCUPACIONAL: UM ESTUDO SOBRE NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO NO RS.....	1254
DESIGUALDADES, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: ANÁLISE DO PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO SAE DE JUIZ DE FORA EM 2023	1257
DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DE CATADORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS	1260
DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E O ACESSO A CANNABIS MEDICINAL POR MORADORES DE FAVELAS.....	1263
DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA X COVID-19: O QUE A PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL TEM A DIZER?	1266
DETERMINAÇÃO SOCIAL E DIFERENÇA DE GÊNERO NO DESFECHO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	1269
DETERMINACIÓN SOCIOTERRITORIAL (DTS) DE LA SALUD: PROPUESTA CONCEPTUAL PARA UN ANÁLISIS CRÍTICO–COMPENSIVO DEL CUIDADO	1271
DETERMINAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES SOB O PATRIARCADO E O CAPITALISMO	1275
DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS DEL DISTRITO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA: UN ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA PROVINCIAL DE SALUD (ENPASA)	1278
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ENVELHECIMENTO FEMININO, CORPOREIDADE E FINITUDE	1281
DETERMINANTES SOCIAIS E PSICOSSOCIAIS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE CUIDADO EM HIV/AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	1284

DETERMINANTES SOCIAIS EM CAMPO: REFLEXÕES DE FUTURAS MÉDICAS NAS RUAS DO RIO DE JANEIRO	1287
DETERMINANTES SOCIAIS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DO PARÁ.....	1290
DETERMINANTES SOCIALES EN NIÑOS FALLECIDOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UN HOSPITAL DEL SUROCCIDENTE DE COLOMBIA	1293
DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS DO AMBIENTE ALIMENTAR COMUNITÁRIO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO BRASIL: RESULTADOS DO ENANI-2019.....	1295
DIFERENÇAS DE GÊNERO NA MORTALIDADE POR CÂNCER DE CAVIDADE BUCAL E OROFARINGE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM 2022	1297
DIFICULDADES DE ACESSO À SAÚDE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM TERRITÓRIO BRASILEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	1300
DIMENSÕES DA INTERSECCIONALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PERTENCIMENTO OU EXCLUSÃO ..	1303
DIMENSÕES GERACIONAIS NA COMPREENSÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO POR JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	1306
DIREITO À SAÚDE NO CAPITALISMO E AS INTERFERÊNCIAS NO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO DE ESCOPO	1309
DISPARIDADES EN EGRESOS HOSPITALARIOS POR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ECUADOR ENTRE EL 2000-2023	1312
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS (2013 A 2023)	1315
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) E O DESAFIO DO SANEAMENTO BÁSICO NO MUNICÍPIO DE ITATIAIA, RIO DE JANEIRO (2003-2023)	1318
DOENÇAS SOCIALMENTE DETERMINADAS: TUBERCULOSE EM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	1320
E AS ALUNAS MÃES? A MEDICINA, AS MULHERES, E O NÃO-LUGAR	1323
ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL E AUTONOMIA PARA USUÁRIOS DO CAPS II DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES	1326
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES LGBTI+ USUÁRIOS DE CAPS INFANTIL DE CAPITAL DO SUL DO BRASIL: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTEGRAL E ANTIMANICOMIAL EM SAÚDE MENTAL	1329
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ABORDAGEM DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA—UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1332
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1335
EFEITOS DOS EVENTOS EXTREMOS DE CALOR SOBRE A SAÚDE PERINATAL: UMA REVISÃO DE ESCOPO.....	1338
ELABORAÇÃO DE GUIA INTERCULTURAL DE PROMOÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL DE JOVENS KAINGANG DO TERRITÓRIO INDÍGENA GUARITA	1340

ENTRAR NA MEDICINA, RESISTIR NA UNIVERSIDADE: EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES NEGROS E OS IMPACTOS DO RACISMO NA GRADUAÇÃO	1343
ENTRE A GARANTIA LEGAL E A REALIDADE: O PARADOXO DO ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SETE LAGOAS (MG).....	1346
ENTRE A NEGLIGÊNCIA E O CONTROLE: PNEUMONIA INFANTIL E A NEGAÇÃO RACIALIZADA DO CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL.....	1349
ENTRE A REPRESSÃO E A RESISTÊNCIA: FACÇÕES CRIMINAIS COMO LEGADO POLÍTICO DA DITADURA CIVIL-MILITAR BRASILEIRA	1352
ENTRE ÁGUAS E ESPERANÇA: O DESAFIO E A SOLIDARIEDADE NO RESGATE DE ANIMAIS DURANTE AS ENCHENTES DE IPATINGA E A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ANIMAL PARA A SAÚDE HUMANA	1355
ENTRE DESAFIOS E PRÁTICAS COTIDIANAS: O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	1358
ENTRE MARÉS E MEMÓRIAS: O CORPO-MARETÓRIO COMO EIXO POLÍTICO-PEDAGÓGICO NA FORMAÇÃO DE AGENTES POPULARES EM SAÚDE DOS POVOS DAS ÁGUAS	1361
ENTRE SABERES E CUIDADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL INDÍGENA NA ALDEIA MOCOCA (PR)	1364
EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA E PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL: APROXIMAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS POR UMA PERSPECTIVA CRÍTICA EM SAÚDE MENTAL.....	1367
EPISTEMOLOGÍA, PENSAMIENTO DECOLONIAL Y SALUD MENTAL.....	1370
EQUIDADE RACIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: IMPACTOS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO NEGRA.....	1373
ESQUISTOSSOMOSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS: UMA ANÁLISE SOBRE OS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	1375
ESTADIAMENTO, ATRASO TERAPÊUTICO E ABORDAGEM INICIAL NO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: ANÁLISE DE REGISTROS HOSPITALARES (2010–2020).....	1378
ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	1380
“EU E VOCÊ SOMOS NÓS”: CUIDADO INTEGRAL E RESGATE DO PROTAGONISMO DE MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	1383
EU VEJO CUIDADO NOS SEUS OLHOS: UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ATRAVÉS DOS OLHARES DE DONA MINNA.....	1386
EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN CICOP: CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO EN SERVICIOS DE SALUD DE EFECTORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA	1389
EXPERIMENTAÇÃO DE ANOREXÍGENOS ENTRE ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE BASE ESCOLAR NA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA.....	1392
EXTENSÃO SENTIPENSANTE: UM OLHAR DE UMA EXTENSIONISTA.....	1394
FACTORES ASOCIADOS AL DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	1397

FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)	1400
FATORES ASSOCIADOS À DISCRIMINAÇÃO EXPERIENCIADA POR PESSOAS LGBTQIA+ DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO TRANSVERSAL.....	1403
FATORES ASSOCIADOS À HESITAÇÃO NO ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS POR PESSOAS LGBTQIA+ DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO TRANSVERSAL.....	1405
FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MEDICAMENTOS ENTORPECENTES POR ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES	1408
FORMAÇÃO ANTIRRACISTA NA ENFERMAGEM: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	1411
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO PARA UM CUIDADO ANTIRRACISTA	1414
FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A PROMOÇÃO DOS CUIDADOS COLABORATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1417
FORMAÇÃO MÉDICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFF	1420
FORMAÇÃO MÉDICA E VULNERABILIDADE SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA EXTENSÃO CURRICULARIZADA DO PROJETO COMUNIDADE NA UNIVASSOURAS	1423
FORMAÇÃO-AÇÃO COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL PARA AS MULHERES	1426
GÊNERO, SAÚDE E CIDADANIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE CIDADANIA LGBTQIA+	1429
GÊNERO, SAÚDE E ENFERMAGEM: O QUE MUDOU APÓS 20 ANOS DA 65ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM?	1432
GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TUTORIAL NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET-SAÚDE)	1435
GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL NA APS: CAMINHOS DE CUIDADO PARA POPULAÇÕES IMPACTADAS POR DETERMINANTES SOCIAIS.....	1438
HACIA UN ECUADOR SIN DCI: EL CAMINO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	1440
HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA EM ADULTOS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019.....	1443
HIV/AIDS NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA: VULNERABILIDADES E REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS EM CORUMBÁ (MS).....	1446
HOMENS, MASCULINIDADES E CUIDADOS EM SAÚDE: DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	1448
HUMANISMO, HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NA SAÚDE: IMPLICAÇÕES MUITO ALÉM DA EFICÁCIA	1451

IMPACTO DA DIFUSÃO DE CONTEÚDOS SOBRE SAÚDE MENTAL NAS REDES SOCIAIS NO AUTODIAGNÓSTICO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	1454
IMPACTOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL DIGITAL NA SAÚDE MENTAL	1457
IMPACTOS DO SANEAMENTO BÁSICO NA SAÚDE PÚBLICA DE SÃO JOÃO DE MERITI: UMA ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE E INFRAESTRUTURA.....	1460
IMPACTOS NOS TERRITÓRIOS E O RACISMO AMBIENTAL: A RELAÇÃO ENTRE DESIGUALDADE E VULNERABILIDADE CLIMÁTICA E SOCIAL EM PETRÓPOLIS – RJ	1463
IMPLEMENTAÇÃO DE TECNOLOGIA SOCIAL EM SAÚDE NO COMPLEXO DO LINS, FAVELA DO RIO DE JANEIRO, COM SANEAMENTO INADEQUADO, OBJETIVANDO O DIREITO HUMANO A ÁGUA E AO SANEAMENTO	1465
IMPLICAÇÕES DE GÊNERO NAS ESCOLHAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM RISCO CARDIOVASCULAR.....	1468
INCIDENCIA DE CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN 2023 Y 2024. ANÁLISIS DE SU DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.....	1471
INCIDÊNCIA DE LEPTOSPIROSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (2007-2023): ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E OCUPACIONAIS	1474
INIQUIDADES RACIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE VISITAS DOMICILIARES A MULHERES NEGRAS.....	1477
INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS COM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO BRASIL	1480
INSEGURANÇA ALIMENTAR NO BRASIL: DIFERENÇAS REGIONAIS NA REDUÇÃO DA FOME APÓS A PANDEMIA DE COVID-19.....	1483
INSEGURANÇA HÍDRICA NAS ÁREAS URBANAS E RURAIS DO BRASIL: ANÁLISE DOS DADOS DO II INQUÉRITO NACIONAL SOBRE INSEGURANÇA ALIMENTAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL.....	1486
INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES CON PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO.....	1489
INTERSEÇÃO ENTRE DEFICIÊNCIA E GÊNERO: CONSTRUÇÕES SOCIAIS DO CORPO E OS IMPACTOS NA SAÚDE	1492
INTERSECCIONALIDADE E FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO—A ABORDAGEM DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE EM UM CURSO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO	1495
INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE: O PAPEL DO PET-SAÚDE: EQUIDADE NA PROMOÇÃO DE UM SUS ANTIRRACISTA	1498
INTERSECCIONALIDADE RAÇA X GÊNERO E SAÚDE: COMO ABORDAR O TEMA EM UM PROGRAMA DE RÁDIO?	1500
INTRODUÇÃO AOS MUNDOS POSSÍVEIS: “A EXPERIÊNCIA DA AGSUS NA FORMAÇÃO INTERCULTURAL PARA A SAÚDE INDÍGENA”	1502
JUVENTUDES CARIOCAS E O PROJETO PACTO PELA JUVENTUDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	1504
LESIONES TEGUMENTARIAS PRESENTES EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN EL CORREDOR TURÍSTICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO	1507

LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER NEGRA (LASMUN) COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	1510
LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER NEGRA: UM ESPAÇO DE LUTA, CONHECIMENTO E CUIDADO NA UNIVERSIDADE	1513
MACONHA TERAPÊUTICA NO BRASIL: DIREITO PARA QUEM?.....	1516
MALARIA, DE LO RURAL A LO URBANO	1519
MATRIZ DE PROCESSOS CRÍTICOS COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DE AGENTES POPULARES DE SAÚDE DOS POVOS DAS ÁGUAS NO ESTADO DO CEARÁ	1523
MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E O CHÃO DE ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1526
MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: DESENTRAÑANDO LAS DESIGUALDADES EN TIEMPOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19	1529
MORTALIDADE INFANTIL POR COR/RAÇA NO BRASIL E REGIÕES DO PERÍODO DE 2014 A 2023: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA.....	1532
MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTES NO ESTADO DE ESPIRITO SANTO DE 2019 A 2023	1535
MORTALIDADE POR CÂNCER DE CAVIDADE ORAL E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS: ANÁLISE ESPACIAL NO ESTADO DO PARANÁ, 2021 A 2023.....	1538
MORTALIDADE POR HOMICÍDIO DE POLICIAIS CIVIS, INDICADORES SOCIAIS E CRIMINAIS NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL NO ANO DE 2022	1541
MOVIMENTOS POPULARES DE SAÚDE (MOPS): O PARADOXO DO MODELO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	1544
MUDANÇAS CLIMÁTICAS E SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO SOBRE ECOANSIEDADE E VULNERABILIDADE EM IDOSOS.....	1547
NA ENCRUZILHADA DA SAÚDE: TRABALHADORES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, GÊNERO, RAÇA E O FUTURO DA EQUIDADE NO SUS.....	1550
NOTIFICAÇÃO DO QUESITO RAÇA/COR E RACISMO INSTITUCIONAL.....	1553
NOVAS EVIDÊNCIAS DE BAIXO PESO AO NASCER (BPN) E FATORES ASSOCIADOS NO BRASIL: UM ESTUDO NÍVEL INDIVIDUAL TRANSVERSAL RETROSPECTIVO	1555
NUTRINDO INFÂNCIAS: SABORES, DIREITOS E CAMINHOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL..	1557
O ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS NEGRAS NO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA I DO CURSO DE MEDICINA DA UNEB	1560
O ACESSO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MÉDICO NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024: EXISTE EQUIDADE?	1563
O ACOLHIMENTO COMO PRÁTICA CLÍNICA NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UERJ: IMPACTOS NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO SOCIAL	1566

O ATENCIÔMETRO COMO FERRAMENTA ACESSÍVEL E DE BAIXO CUSTO NA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES.....	1568
O IMPACTO DA PRESSÃO ESTÉTICA PARA OS HOMENS.....	1571
O IMPACTO DA VIOLÊNCIA TERRITORIAL NA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	1574
O IMPACTO DO ESTIGMA NO ACESSO À SAÚDE DE MULHERES EM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DROGAS.....	1577
O JOGO DE CARTAS COMO INSTRUMENTO DE DISSEMINAÇÃO DE SABERES SOBRE OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	1580
O MAPA DO SONO NA MEDICINA: UMA ANÁLISE DA SAÚDE DO ESTUDANTE.....	1583
O PESO DO PRECONCEITO: COMO A DISCRIMINAÇÃO AFETA A SAÚDE DE LGBTQIA+ NA TERCEIRA IDADE	1585
O PROCESSO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA IDEIAÇÃO SUICIDA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DAS PUBLICAÇÕES MUNDIAIS COM FOCO NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO, NA IDADE E NAS QUESTÕES DE GÊNERO.....	1588
O QUE QUER O HOMEM NEGRO?.....	1591
O RACISMO INSTITUCIONAL COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE PARA TUBERCULOSE: UM RECORTE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	1594
O SOFRIMENTO DOS CORPOS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MÚLTIPLAS NARRATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	1597
O USO DAS MÍDIAS SOCIAIS COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANSEXUAL -RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1600
OFICINA DE MÚSICA COMO PRÁXIS DESCOLONIZADORA? RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DISCENTES	1603
OLHAR PARA VER E NÃO REPRODUZIR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE BRANQUITUDE E RACISMO INSTITUCIONAL	1606
ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E JOVENS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	1609
OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	1611
OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE NA INTERSETORIALIDADE ENTRE SUS E SUAS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: UM ESTUDO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	1613
OS IMPACTOS DO CASAMENTO INFANTIL NA SAÚDE FEMININA.....	1616
PANORAMA DE NOTIFICAÇÕES DOS TRANSTORNOS MENTAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE DO BRASIL: UMA ANÁLISE TEMPORAL PRÉ E PÓS PANDEMIA DA COVID-19.....	1619

PENSANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE COM PESSOAS TRANS: OFICINA REALIZADA NO WORKSHOP DA REDE TRANS BRASIL	1622
PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES NA PESQUISA COM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1625
PERCEPÇÕES DO ESTRESSE PELA EQUIPE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: É PRECISO CUIDAR DE QUEM CUIDA.....	1628
PERFIL ALIMENTAR, ANTROPOMÉTRICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PETRÓPOLIS, RJ	1630
PERFIL DOS ADOLESCENTES QUE FAZEM USO DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES EM UMA CAPITAL BRASILEIRA.....	1633
PERFIL E DESAFIOS DA SAÚDE DO HOMEM NA APS: BARREIRAS DE ACESSO E CUIDADO EM CARUARU-PE	1636
PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEPRESSÃO PERINATAL, EVENTOS ADVERSOS NA INFÂNCIA E INFLAMAÇÃO: RELAÇÕES EM UMA REVISÃO DE ESCOPO	1639
PESCADORAS ARTESANAIS DO SUL DA BAHIA ENTRE A VIDA E O PETRÓLEO, O RACISMO INSTITUCIONAL.....	1642
PET SAÚDE-EQUIDADE: TRABALHADORAS DA RAPS E OS DESAFIOS DOS MARCADORES SOCIAIS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL	1646
POLIFARMÁCIA E AUTONOMIA: CAIXAS ORGANIZADORAS COMO APOIO À ADESAO TERAPÊUTICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARUARU-PE.....	1649
POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: INVISIBILIDADE NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE COLETIVA?.....	1652
POR UMA ABORDAGEM CRÍTICA DA RECOMENDAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA À SAÚDE: DECOLONIZANDO OS DOMÍNIOS E SUAS INIQUIDADES.....	1655
PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS (RD) PARA CONSUMIDORES DE ESTEROIDES ANDROGÊNICOS ANABOLIZANTES (EAA)	1658
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	1661
PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL: INTERFACES PARA A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO SUS.....	1664
PRECONCEITO HISTÓRICO DE GÊNERO NA ENFERMAGEM	1666
PRECONCEITO NO CUIDADO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIV: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE E DIAGNÓSTICO NO BRASIL (2003–2023).....	1669
PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA – UNILA. 2024	1672
PREVALÊNCIA DO USO DE MACONHA ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA, ES	1675

PRINCIPAIS CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA A PARTIR DA INTERSECCIONALIDADE ENTRE RAÇA, CLASSE E GÊNERO: REVISÃO DE LITERATURA (2020- 2024)	1678
PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE: PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO NORDESTE E ANÁLISE DAS DESIGUALDADES NA FORMAÇÃO.	1681
PROJETO BOM PARTO: BOAS PRÁTICAS NO PRÉ-NATAL COM ÊNFASE NO ATENDIMENTO HUMANIZADO DE GESTANTES INDÍGENAS DA COMUNIDADE PARQUE DAS TRIBOS	1684
PROMOÇÃO DA EQUIDADE DE GÊNERO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DESENVOLVENDO AÇÕES EDUCATIVAS E DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA ESTIMULAR O EXERCÍCIO DA PATERNIDADE.....	1687
PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR NA TENDA PAULO FREIRE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PARQUE DO SABIÁ.....	1690
PROMOCIÓN DE HABILIDADES PARA LA VIDA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 15 AÑOS DE EDAD EN UNA CASA HOGAR EN EL ESTADO DE AGUASCALIENTES.....	1692
PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD DESDE UN ENFOQUE DE SALUD COLECTIVA. BASES PARA EL ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD.....	1694
PSICOLOGIA E O CUIDADO EM SAUDE MENTAL: DIÁLOGOS SOBRE A INTERSECCIONALIDA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	1697
QUAL A COR DA VIOLÊNCIA?.....	1699
QUEM CUIDA DAQUELAS QUE CUIDAM DE TODO MUNDO?: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM O GRUPO DE MULHERES DO JACAREZINHO	1701
RACIONALIDADES Y TENSIONES EN EL CONTROL REPRODUCTIVO EN COLOMBIA DURANTE EL SIGLO XXI: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE LARGA DURACIÓN EN POBLACIONES FOCALIZADAS.	1704
RACISMO E SAÚDE: PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM NO CAMPO DA EDUCAÇÃO MÉDICA	1707
RAZÓN DE MORBILIDAD ESTANDARIZADA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES Y POBREZA, ECUADOR, 2001 Y 2022	1709
RECONFIGURACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA DESDE LA DETERMINACIÓN SOCIAL	1712
RECREACIÓN E INFANCIAS: ACCESIBILIDAD A ACTIVIDADES RECREATIVAS EN EDADES ESCOLARES EN LA VILLA 31, BARRIO PADRE MUGICA	1715
RECUPERANDO O FÔLEGO: A IMPORTÂNCIA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS PRESÍDIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	1718
REDES DE APOIO PARA JOVENS GAYS EM TERRITÓRIOS INTERIORANOS: DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS	1721
REEMERGÊNCIA DA COQUELUCHE NO BRASIL: INCIDÊNCIA E COBERTURA VACINAL SOB A PERSPECTIVA DAS DESIGUALDADES TERRITORIAIS NA ÚLTIMA DÉCADA	1724
REFLEXÕES SOBRE ASPECTOS INTERSECCIONAIS E SAÚDE DA MULHER	1727

RELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO MATERNA AOS AGROTÓXICOS E A TERATOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	1730
RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA, NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BARRANQUILLA DURANTE 2024	1732
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTAGIÁRIAS DE PSICOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, CONTRASTES ENTRE DEMANDAS E INTERVENÇÕES	1735
RELATO DE EXPERIÊNCIA: DESAFIOS PARA PREVENÇÃO DA DENGUE NA CIDADE ESTRUTURAL-DF	1738
RELATO DE EXPERIÊNCIA: O IMPACTO ACADEMICO-SOCIAL DO RACISMO AMBIENTAL	1741
REMA MARÉ-UM ESPAÇO DE DIÁLOGO SOBRE SAÚDE MENTAL NO CONJUNTO DE FAVELAS DA MARÉ	1743
REORIENTANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DA RAPS RJ: O CENSO PSICOSSOCIAL COMO INSTRUMENTO DE FORMAÇÃO E PRÁTICA ANTIRRACISTA E ANTIMANICOMIAL	1746
RODA DE CONVERSA EM GRUPO DE AJUDA MÚTUA: REFLEXÕES E COMPARTILHAMENTOS	1749
RODA DE SAÚDE MENTAL E ATIVIDADES ARTÍSTICAS DURANTE A OCUPAÇÃO NA UERJ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1752
SABEDORIA E CULTURA DAS GRIÔS QUILOMBOLAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1754
SALUD MENTAL Y VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA TLALTENANGO, ZACATECAS, MÉXICO	1757
SALUD MENTAL, ADICCIONES Y VIOLENCIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO REGIONAL DE EDUCACIÓN NORMAL CD GUZMÁN, JALISCO, MÉXICO	1760
SAÚDE AUDITIVA EM ITAJUBÁ-MG: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL	1763
SAÚDE E SOCIEDADE' DE MARIA CECÍLIA DONNANGELO: A ATUALIDADE DE UM CLÁSSICO NA CELEBRAÇÃO DOS 40 ANOS DE ALAMES	1766
SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS MIGRATÓRIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE IMPACTOS PSICOSSOCIAIS	1769
SAÚDE MENTAL NO BRASIL: COMO OS DETERMINANTES SOCIAIS INFLUENCIAM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	1771
SEGURA A MINHA MÃO: RELATO DE UMA OFICINA DE PREVENÇÃO COM TRABALHADORAS DO HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL E CENTRO MATERNO INFANTIL DE BETIM	1773
SEXUALIDAD SIN BARRERAS: EXPERIENCIAS DE TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL CON PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN CÁRCEL DE MUJERES DE MONTEVIDEO	1776
SILÊNCIOS CURRICULARES E RACISMO ESTRUTURAL: UMA ANÁLISE DAS ESCOLAS MÉDICAS DE SALVADOR	1779
SÍNDROME DE BURNOUT E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: UMA REVISÃO DA LITERATURA	1782
SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE	1785
SUPERANDO BARREIRAS SOCIOCULTURAIS: INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM NA APS EM CARUARU-PE	1788

TAXA DE MORTALIDADE NO BRASIL: REFLEXO DAS INIQUIDADES ENFRENTADAS PELOS POVOS INDÍGENAS.....	1791
TENDÊNCIA DO NÚMERO DE VÍTIMAS EM SINISTROS DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETA EM RODOVIAS FEDERAIS BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2007 A 2022	1794
TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS ACERCA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE ENTRE SUS E SUAS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	1797
TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL: CONSTRUYENDO ESTRATEGIAS INTERDISCIPLINARIAS EN EL CONTEXTO ARGENTINO	1799
TRANSFORMANDO VIDAS A TRAVÉS DEL ARTE, LA INVESTIGACIÓN Y LA RESILIENCIA – INTERVENCIÓN PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA MIGRANTE EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD	1802
TRANSIÇÃO RACIAL: UM OLHAR SOBRE ASPECTOS DA AUTODECLARAÇÃO DE RAÇA/COR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS PELO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ENTRE 2008 E 2024.....	1805
TRANSMASCULINIDADES E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS DENTRO DO AMBULATÓRIO IDENTIDADE.....	1808
TRATA DE PERSONAS, SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. UN ENTRECRUZAMIENTO NECESARIO	1811
TUTORIA DE CAMPO DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1813
UM ESTUDO SOBRE A HESITAÇÃO VACINAL ENTRE ACADÊMICOS DO CPAR/UFMS	1816
UM OLHAR DA ENFERMAGEM SOBRE A SÍFILIS GESTACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1818
UMA LEITURA INTERSECCIONAL SOBRE ESTUDOS DE EGRESSOS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	1820
UMA NOTA PRÉVIA DE CORPO EM MOVIMENTO: A BIODANÇA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE MULHERES.....	1822
UNIVERSIDADE E SAÚDE MENTAL: A BUSCA DE CUIDADOS DE ESTUDANTES DE PRIMEIRA GERAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL NO BRASIL	1825
USO ATUAL DE ANOREXÍGENOS ENTRE ADOLESCENTES DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA	1827
VARIAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO BRASIL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 E 2019.....	1829
VARIÁVEL RAÇA/COR NA IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO PAULISTA DE MÉDIO PORTE.....	1832
VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE E AMBIENTE EM SANTA CRUZ, EXTREMA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO	1834
VIOLAÇÕES DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES QUE USAM DROGAS	1837
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E FATORES ASSOCIADOS.....	1839

VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES NO BRASIL NOTIFICADAS NO SINAN	1842
VIOLÊNCIA ESTRUTURAL E SAÚDE: IMPACTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS BAIROS BOM JESUS E NOVA VIÇOSA EM VIÇOSA-MG.....	1845
VIOLÊNCIA FÍSICA NO NAMORO ENTRE OS ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO: ESTUDO DE BASE ESCOLAR.....	1848
VIOLENCIA INTERPERSONAL Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE JALISCO, MÉXICO, DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	1851
VIOLÊNCIA SEXUAL NO NAMORO ENTRE OS ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO: ESTUDO DE BASE ESCOLAR.....	1854
VIOLÊNCIAS INSTITUCIONAIS CONTRA MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	1857
VIVÊNCIA EM CAMPO JUNTO AO CONSULTÓRIO NA RUA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1860
VOZES E OLHARES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL MÉDICO-PACIENTE	1863
VULNERABILIDADES EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE OURO PRETO, MG: UM ESTUDO TRANSVERSAL.....	1865

A CLÍNICA DO EXCESSO NO CONTEXTO PÓS-PANDÊMICO: A IMERSÃO NO MUNDO VIRTUAL

Patrícia Porchat¹

Beatriz Fernandes Pipino

Paulo Borges Freitas Neto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O ano de 2020, início da pandemia de Covid-19, tornou-se um marco na história da humanidade. Durante dois anos, vivemos a maior parte do tempo entre a angústia, o medo e o tédio, confinados a nossas casas e articulando nossas vidas pela tecnologia—considerando obviamente aqueles que puderam usufruir deste privilégio. Ao fim deste período, nos surpreendemos ao receber em nossa clínica pacientes que permaneceram e ainda permanecem mergulhados de modo quase absoluto no isolamento social e no mundo virtual. Alguns não vão à escola e, se vão, não estabelecem relacionamentos. Não gostam de tomar banho, não gostam de seu corpo ou de alguma parte dele, não gostam de ver seu rosto no espelho, de ouvir sua voz. Alguns jovens até estenderam o uso da máscara em situações sociais por muito tempo após o fim do confinamento.

Os exemplos que guiam os desdobramentos deste artigo advêm de pacientes jovens, entre 12 e 23 anos, que recebemos em nossa prática de extensão universitária que atende adolescentes trans e não-binários. Esses dois termos são aqui usados como termos guarda-chuva a partir de uma autodeclaração de gênero por esses jovens que envolve duas experiências básicas: utilização de nome ou pronome de acordo com o gênero autorreferido e desejo de fazer uma transição futura com hormonização e eventual cirurgia de readequação de gênero.

OBJETIVO

Este trabalho se propõe a refletir sobre a vivência corporal de jovens adolescentes trans e não-binários acolhidos e atendidos em psicoterapia de base psicanalítica em uma prática extensionista universitária, a partir dos efeitos da pandemia, do contexto socioeconômico em que vivemos e das tecnologias que circundam os meios de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de analisar, a partir da intersecção entre o feminismo, os estudos de gênero e a teoria psicanalítica, aspectos socioeconômicos e culturais que impactaram a vivência de jovens trans e não-binários num período específico—os anos subsequentes à pandemia da Covid-19.

O material a ser analisado advém de prática extensionista universitária – Projeto Atenção à diversidade, que inclui acolhimento individual e em família através de Rodas de Conversa, psicoterapia

1 Universidade Estadual Paulista. E-mail: patricia.porchat@unesp.br

de base psicanalítica de jovens trans, não-binários e, eventualmente, membros de sua família, e acompanhamento terapêutico (AT), realizado com o intuito de promover uma circulação de afetos e significados fora do campo virtual em que os jovens estavam predominantemente inseridos.

Nossa análise é guiada por uma reflexão acerca da vivência corporal desses jovens, que nos defronta com a pergunta: *por que eles não retornam seus corpos à vida?* Busca-se articular a escuta psicanalítica com o pensamento da filósofa feminista Silvia Federici sobre o momento histórico socioeconômico em que vivemos e as hipóteses contemporâneas acerca da imersão no mundo virtual levantadas pelo psicanalista Domenico Cosenza.

RESULTADOS

A pergunta sobre o não retorno dos corpos de nossos pacientes à vida cotidiana é respondida a partir de algumas vinhetas clínicas. Na pandemia, o corpo próprio e o de colegas de escola foram substituídos por modelos perfeitos e o que se via e o que não se via foi controlado pela tela de computadores e celulares. Com o retorno às aulas presenciais, o corpo volta à cena em sua materialidade e debilidade, situação evitada por nossos pacientes.

A pandemia acelerou uma hiperconexão ao digital, que engendra uma lógica de prazeres parciais e ideais, vinculados ao universo infantil. A sexualidade deveria ser vivida pelo adolescente numa tensão entre os prazeres onipotentes da infância e a tentativa de ligar seus prazeres perversos polimorfos a um objeto e meta bem definidos com o mundo externo¹. Em outros termos, falamos de gozo—a busca pela completude com o objeto—e desejo—a inscrição da falta.

Cosenza² denomina os quadros sintomáticos que vemos hoje como patologias do excesso, caracterizadas pela *desconexão do Outro/ hiperconexão ao objeto*. Num sistema econômico que se direciona à desmaterialização de todas as formas de vida, exemplificada por essa tecnossociabilidade³ que parece querer apagar – ou ao menos controlar – a imprevisibilidade característica do encontro entre humanos, do encontro com o Outro, o acesso ao gozo é mais acessível. No lugar do ato sexual está o gozo narcísico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A fuga ao conflito com o Outro é potencializada dentro de um contexto social capitalista, ultra individual, somado ao panorama tecnológico, em que o impossível é mais do que possível. Esse cenário, intensificado pela pandemia, é marcado pelo isolamento físico e emocional.

Diante disso, jovens analistas em formação adentram nesse mundo, utilizando dos jogos, da linguagem da internet, dos personagens dos animes, para chegar à debilidade do mundo externo. As rodas de conversa e o AT permitiram uma forma de fazer com que esses jovens tivessem contato com a alteridade e com a corporalidade para além do virtual.

Há um trabalho de resgate a ser feito: para a rua, para a circulação pelos espaços, para encontrar pessoas, para habitar novamente seu corpo. É preciso sentir tesão, calor, frio na barriga, toque, desejo, fantasias. Resgatar o corpo em seu aspecto erógeno, pulsional e desejante é o que temos de mais subversivo, na medida em que—ainda—resiste a não se deixar capturar totalmente.

REFERÊNCIAS

- (1) Freud S. Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos. (1901-1905). Souza PC, translator. 1.ed. São Paulo: Companhia das letras; 2016.
- (2) Cosenza D. Clínica do excesso: derivas pulsionais e soluções sintomáticas na psicopatologia contemporânea. Belo Horizonte: Scriptum; 2024.
- (3) Federici S. Além da pele: repensar, refazer e reivindicar o corpo no capitalismo contemporâneo. 1.ed. São Paulo: Elefante; 2023.

A COMPLEXIDADE DE CASOS NO SISTEMA PRISIONAL E O ENSINO MÉDICO: ENTENDIMENTO DA MARGINALIZAÇÃO DO CUIDADO EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Matheus Alves Pereira¹

Cely Carolyne Pontes Morcerf

Luiz Otávio Monteiro Chenci

João Mazzoncini de Azevedo Marques

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Para uma saúde universal, integral e com equidade, como preconizam os princípios do SUS, faz-se necessário que seus agentes tenham um entendimento realista das necessidades e peculiaridades da população e de seus diversos grupos. No entanto, para a população privada de liberdade, que conta com mais de meio milhão de detentos em celas físicas, isso não é uma realidade, já que a assistência em saúde que lhes é oferecida é negligenciada e desumanizada. Esse grupo sofre com altos índices de doenças crônicas, infecções sexualmente transmissíveis e doenças mentais, além de encarar insalubridade em seu ambiente prisional. Porém, o cuidado prestado a essa população é de difícil acesso, de baixa resolutividade e baseado na abordagem de queixas pontuais. Além disso, devido à predominância da cor preta na população e à associação à imagem do crime, o trato com essa população tende a ser cercado de preconceitos e maus tratos.

Nesse cenário, a formação médica no país se mostra falha, já que tal espaço de atenção recebe pouco espaço de debate nos cronogramas curriculares das unidades formadoras e ainda mais raramente inclui-se as unidades prisionais como um cenário de prática médica. Nessa situação, o contato direto do estudante com a prisão é impedido e, conseqüentemente, torna-se impossível assegurar o direito constitucional à dignidade humana a tal parcela populacional.

OBJETIVO

Relatar a experiência de intervenções educacionais sobre populações marginalizadas no contexto da privação de liberdade, visando a formação qualificada de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

A intervenção educacional foi realizada em 5 etapas, em um complexo acadêmico do interior de São Paulo. Foram realizadas 2 divisões de grupos para treinamento inicial e realização de aulas teóricas e práticas sobre populações privadas de liberdade, com o auxílio de um instrumento de avaliação de necessidades em saúde, o INTERMED Complexity Assessment Grid, versão adulto. Foi realizado

1 Universidade de São Paulo (USP). E-mail: matheusalvespereiramed@usp.br

treinamento de aplicação da ferramenta INTERMED por residentes, com presença da coordenação do programa. A intervenção foi realizada em 5 etapas. A etapa 1 foi chamada de identificação do problema, que consistiu na percepção e isolamento do problema central, estudo da raiz do problema com a técnica dos 5 Porquês e entendimento do problema como um todo: a carência do ensino de casos complexos no contexto da privação de liberdade em cenários da medicina, desde a graduação até a formação especializada em programas de residência. A etapa 2 foi chamada de análise do cenário e fechamento do diagnóstico. A etapa 3 recebeu o título de apresentação da ferramenta biopsicossocial. A etapa 4, conclusão da simulação do caso clínico. A etapa 5, fechamento.

RESULTADOS

A primeira etapa consistiu na realização de análise SWOT antes da intervenção educacional, realizada a partir da inserção em espaços de ensino, após criação de projeto piloto de aulas sobre origens do estigma em saúde, histórico de marginalização e loucura e da complexidades das necessidades em saúde no sistema prisional. (2) Na etapa 2, foi realizada nova confecção de análise teórica de SWOT com grupo focal de 15 médicos residentes, além de diagrama de Ishikawa. Na etapa 3, criou-se a primeira intervenção de educação para médicos sobre pacientes complexos privados de liberdade, com a apresentação dos domínios da ferramenta INTERMED em um caso disparador de um paciente com multimorbidade física, mental e social, no cenário da saúde prisional. Os domínios do INTERMED (biológico, psicológico, social e sistemas de saúde) foram expostos, detalhando-se o impacto de cada um na complexidade. Identificou-se a ausência do entendimento do impacto da multimorbidade física e mental na complexidade do caso, sendo este elegível para o gerenciamento do cuidado, o que foi trabalhado na capacitação e discussão do caso em um cenário fictício de privação de liberdade. Na etapa 3, a discussão teórica foi seguida com conceitos de padrões comportamentais e origens do estigma social no regime de encarceramento. A etapa 4 se desenvolveu com fechamento da consulta simulada e orientações sobre a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas com o paciente, com análise paralela dos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa. A etapa 5 ocorreu com o fechamento de todas as informações do caso clínico, preenchendo os domínios do INTERMED. Após a intervenção foi construída uma nova análise SWOT, comparando resultados antes e após a intervenção.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Desde as origens manicomiais da institucionalização da loucura com enclausuramento de diversos grupos de populações marginalizadas, até a manutenção da segregação e aprisionamento da criminalidade originária por diversos problemas coloniais e de vulnerabilidade social, as necessidades em saúde de pacientes prioritários continuam invisibilizadas, perpetuando-se o cenário de violação de direitos humanos desde a não abordagem prioritária dessa temática na formação médica básica e especializada. Uma vez que o crime é um fenômeno biopsicossocial, é essencial a entrada e o protagonismo da MFC em espaços de capacitação na educação médica, de assistência, docência, preceptoria e gestão,

junto à uma abordagem multiprofissional no gerenciamento de casos complexos e na gestão clínica populacional de comunidades prioritárias como as populações privadas de liberdade (3).

REFERÊNCIAS

- (2) Kolling GJJ, Silva MBB, Sá MCDNP. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. TEMPUS. 2013;7(1):282-197. doi: 10.18569/tempus.v7i1.1304
- (3) Machado NO, Guimarães IS. A realidade do sistema prisional brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. Rev Eletr Inic Cient. 2014;5(1):566-81. Disponível em: www.univali.br/ricc.

A CRIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE PORTO REAL: ANÁLISE DE UM TRABALHO INTERSETORIAL

Lucimar Bernardes¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido a partir de um estudo realizado no município de Porto Real que analisou o processo de criação do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes ao longo dos anos de 2023 e 2024. Enquanto membro da comissão de criação do plano e atuando como Assistente Social no hospital do município, atendendo crianças e adolescentes em situação de violência sexual, foi possível, na prática cotidiana, perceber a necessidade de fortalecer a articulação da rede socioassistencial do município aos programas e políticas públicas locais e demais serviços e setores de atendimento a crianças e adolescentes.

Sabe-se que a violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema grave que, de acordo com as pesquisas [1], tem apresentado tendência ao crescimento. O debate e a ação sobre o tema torna-se ainda mais complexo quando consideramos a fase atual do capitalismo, marcada pelo ultraneoliberalismo, pelo acirramento da questão social e pelo retraimento do investimento nas áreas sociais. [2]

Deste entendimento deriva nosso trabalho pela construção e análise de ações intersetoriais para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, buscando apreender o potencial e as limitações colocadas para a intersectorialidade proposta pelo Plano. [3,4]

OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi descrever e analisar o processo de criação do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes do município de Porto Real, fruto do trabalho da Comissão Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescente, destacando as limitações enfrentadas no processo, bem como os êxitos alcançados, além de evidenciar as dificuldades da articulação intersectorial na prática.

METODOLOGIA

Este estudo constitui uma pesquisa qualitativa, onde adotamos a análise documental como base da nossa coleta de dados, através do exame de projetos, relatórios, pareceres, anotações pessoais e outros documentos institucionais relativos à Comissão e ao Plano Municipal. Outra estratégia para obtenção de informações deu-se através da observação participante, realizada por mim enquanto membro da

1 Hospital Geral Municipal São Francisco de Assis. E-mail: l.lucimar@gmail.com

comissão permanente. Parte-se do pressuposto de que este pertencimento à equipe permite acessar uma gama de dados sobre o *modus operandi* do serviço e sobre as práticas profissionais ali desenvolvidas, pouco acessíveis de outro modo.

O tratamento dos dados se deu através de eixos e categorias analíticas definidas a partir do referencial teórico da pesquisa.

RESULTADOS

Vimos que o plano municipal de Porto Real foi marcado por vários desafios, a saber, a falta de corpo técnico em quantidade suficiente para o atendimento às demandas setoriais e intersetoriais; a rotatividade dos representantes dos setores na comissão; o desinteresse e a falta de entendimento daquele lugar como um espaço importante para ser ocupado; a ausência da sociedade civil e a falta de apoio da gestão municipal.

Apesar de todas essas limitações, obtivemos um plano onde os profissionais da rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual do município de Porto Real, coletivamente, construíram uma proposta de fazer profissional que dialoga com o cenário local, embasada no trabalho conjunto, na educação continuada e no compartilhamento de saberes, fruto do trabalho interdisciplinar. Percebemos o pouco conhecimento sobre a intersetorialidade enquanto estratégia de gestão e mecanismo impulsionador de políticas públicas e sociais por parte dos membros da comissão. Assim, ressalta-se a necessidade da comissão se apropriar verdadeiramente do conceito de intersetorialidade no decurso da continuidade do projeto.

Evidencia-se a necessidade de fortalecer o debate em torno do enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes tendo a intersetorialidade como estratégia de ação uma vez que as ações setoriais não dão conta de responder a questões sociais complexas, principalmente nessa nova fase do capitalismo, de face ultraneoliberal que acirra a questão social e a retração dos gastos sociais, ao mesmo tempo em que o conservadorismo aliado a ideais antidemocráticos avançam.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes que foi concluído segue em direção ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes de acordo com a proposta intersetorial e se apresenta como potencializador da luta contra a violência sexual contra crianças e adolescentes no município.

A elaboração e finalização do plano municipal constitui o início de trabalho mais amplo que virá com a implementação do plano neste ano de 2025. Para isso é essencial que os profissionais que atuaram na construção do plano municipal mantenham-se na luta pela efetivação do que foi elaborado até aqui, não só para que o nosso trabalho ao longo do funcionamento da comissão municipal não tenha sido em vão, mas também porque o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência

sexual no município de Porto Real precisa ser qualificado em direção a um cuidado respeitoso orientado pelo respeito aos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Bol Epidemiol. 2024.
- [2] Behring E, Cislaghi JF, Souza G. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: Bravo MIS, Matos MC, Freire SMF, organizadores. Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações; 2020. p. 103-21.
- [3] Monnerat GL, Souza RG. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. Rev Ser Soc. 2010 jan-jun;12(26):200-20.
- [4] Brasil. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. 2013. Disponível em: [Plano Nacional Enfrentamento da Violencia Sexual Contra Crianças Adolescentes.pdf](#)

A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR HANSENÍASE NO HUCFF: UMA ANÁLISE QUALI-QUANTITATIVA DAS ESCALAS DE ESTIGMA E DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Isadora Stein Botelho¹
Mariana Patrocínio Martins
Marcelle Oliveira da Silva
Thor Alessandro Thomé de Souza
João Victor Almeida dos Santos
José Jefferson Alves da Silva
Fábio Marques Julião da Silva
Nicolas Meirelles Pereira
Cicero Luis de Andrade
Maria Kátia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica e transmissível causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta, principalmente, a pele, os nervos periféricos e os olhos, e é considerada uma das principais formas de neuropatia periférica de causa infecciosa (1). Embora tenha tratamento e cura, o Brasil ainda figura entre os países com maior número de casos, com maior incidência em contextos de vulnerabilidade social (2). A presente pesquisa integra o projeto (des) Mancha Brasil, da Faculdade de Medicina da UFRJ, o qual busca analisar de modo quali-quantitativo o perfil dos pacientes afetados pelas sequelas da hanseníase no HUCFF-UFRJ, por meio da coleta de formulários e visitas domiciliares, promovendo aos alunos uma formação interprofissional integrada que possibilita a compreensão do adoecimento em seus aspectos sociais, culturais e familiares.

OBJETIVO

Investigar, de forma quali-quantitativa, como a hanseníase e suas sequelas impactam a experiência social de indivíduos acometidos, acompanhados no HUCFF/UFRJ. O estudo busca compreender como a doença interfere no cotidiano, nas relações familiares, profissionais e sociais, e analisar a percepção da sociedade sobre a hanseníase, ainda cercada por estigmas, afetando a inclusão e o bem-estar dos pacientes.

METODOLOGIA

Preliminarmente, foram analisados 24 pacientes ($n = 24$). Os dados da pesquisa foram obtidos por meio de ligações telefônicas aos pacientes do Programa de Autocuidado em Hanseníase do

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: isadorasteinb@gmail.com

HUCFF/UFRJ, por visitas domiciliares e por intermédio de entrevistas presenciais com os pacientes logo após o atendimento ambulatorial. Todos os indivíduos assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE).

Inicialmente, foi aplicado o “Mini Exame do Estado Mental” (MEEM), com o intuito de avaliar se o participante apresentava condições cognitivas adequadas para responder aos instrumentos da pesquisa. Em seguida, utilizou-se a “Escala de Participação”, desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, como ferramenta de análise quantitativa. A escala tem 18 perguntas sobre aspectos sociais, pontuadas de 0 a 5. O zero indica ausência de impacto após o diagnóstico; os demais valores refletem a gravidade: 1 (“não é problema”), 2 (“pequeno problema”), 3 (“médio problema”) e 5 (“grande problema”). A pontuação total classifica a restrição social de “sem restrição significativa” (0–12) a “restrição extrema” (53–90).

RESULTADOS

Os resultados preliminares demonstram um maior grau de restrição ($\bar{x} = 48,5$) entre os pacientes participantes do programa de Autocuidado em Hanseníase do HUCFF, o qual inclui pacientes com acompanhamento fisioterapêutico dos pés e das mãos, em virtude das sequelas neuropáticas da doença, rodas de conversa, acompanhamento médico, psicológico e da terapia ocupacional. Em relação àqueles entrevistados após as consultas ambulatoriais, foi visto um menor valor de restrição ($\bar{x} = 26,5$). Considerando o valor 0 para “ausência de impacto” e 5 para “grande problema”, foi vista uma média de 3,01 (Md = 5) para perguntas que incluíam temas do tipo Trabalho e Contribuição Econômica, 2,47 (Md = 3) para o eixo Mobilidade e Participação Social Externa, 2,08 (Md = 1) para o eixo Envolvimento em Atividades Coletivas Sociais, 1,61 (Md = 0) para o eixo Autoimagem e, o menor, 1,41 (Md = 0) para Vida Doméstica e Familiar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa em desenvolvimento sobre a experiência de adoecimento dos pacientes com hanseníase acompanhados no HUCFF destaca a importância de compreender o impacto social da doença, para além dos aspectos clínicos. Mesmo com tratamento disponível, a hanseníase ainda é cercada por estigma e desinformação, o que acentua a exclusão social dos acometidos. As sequelas físicas — muitas vezes irreversíveis — comprometem a funcionalidade, dificultando a participação em atividades sociais, profissionais e recreativas. Tais limitações, aliadas ao preconceito, afetam diretamente a autoestima, a autonomia e o bem-estar dos pacientes. Diante disso, essa pesquisa busca dar visibilidade a realidades invisibilizadas, contribuindo para práticas de cuidado mais humanas e inclusivas. Com os resultados futuros, espera-se fomentar reflexões e ações que favoreçam não apenas o tratamento da doença, mas também a reintegração social dos indivíduos e o enfrentamento do estigma.

REFERÊNCIAS

- (1) Alrehaili J. Leprosy Classification, Clinical Features, Epidemiology, and Host Immunological Responses: Failure of Eradication in 2023. *Cureus*. 2023;15(9).
- (2) Martoreli F, Vieira C, Alves JD, Berra TZ, Alves YM, Vaz B, et al. Measuring social vulnerability in communities and its association with leprosy burden through spatial intelligence in central West Brazil to guide strategic actions. *Archives of Public Health*. 2024;82(1).

A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL DE OLIVEIRA (MG): REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Lira Frade de Souza¹

Inhana Olga Costa Souza

Cordovil Neves de Souza

Leandro dos Santos Ferreira

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Segundo Goffman [1], a Instituição Total é um espaço onde um grupo de pessoas são excluídas ou separadas da sociedade, em um espaço fechado com todas as suas ações e comportamentos administrados por terceiros. Tal formato de instituição foi utilizado no séc. XX, como uma lógica da segregação e classificação de pessoas em categorias a serem tuteladas pelo Estado. Essa pesquisa se debruça sobre as instituições destinadas às pessoas em sofrimento mental, tendo como recorte as crianças e os adolescentes institucionalizados, devido ser um período de processos singulares de desenvolvimento cognitivo, físico e emocional.

O tratamento em saúde mental foi atravessado significativamente pelas políticas estatais de internação compulsória, com o foco nas anormalidades psíquicas e de repressão à delinquência juvenil [2]. O Hospital Colônia de Oliveira (MG), foi inaugurado em 1931, com o objetivo de promover assistência às pessoas com sofrimento mental em uma perspectiva manicomial e asilar. No qual fazia parte da rede psiquiátrica de Minas Gerais.

No início, o público alvo eram pacientes do sexo feminino da região e encaminhadas pelo Instituto Raul Soares. Mas a partir de 1946, passou a receber crianças e adolescentes com comportamentos oligofrênicos e epilépticos, em sua maioria com vínculos familiares frágeis e em situação de vulnerabilidade econômica [3].

OBJETIVO

Esta pesquisa buscou analisar as vivências de crianças e adolescentes que foram internados em instituições totais e seus caminhos percorridos após serem egressos dessas instituições, em especial no Hospital de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira. Além disso, analisou as mudanças históricas que legitimaram a institucionalização de crianças e adolescentes e um diálogo sobre os aspectos contemporâneos de políticas públicas de saúde mental voltadas para o público infanto-juvenil.

1 Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: lirafrade5@gmail.com

METODOLOGIA

Nessa pesquisa qualitativa, o método adotado foi a história oral. A principal função da história de vida é retratar as experiências vivenciadas, bem como as definições fornecidas por pessoas, grupos ou organizações [4]. Foram analisados documentos referentes a forma como era realizado o internamento e as consequências da institucionalização. As instituições de referência para a pesquisa são o Hospital Neuropsiquiátrico de Oliveira e o Pavilhão Infantil do Hospital Colônia de Barbacena. Na revisão bibliográfica narrativa foram analisadas fontes de domínio público, tais como: livros, entrevistas, dissertações e reportagens sobre o tema publicados em meios eletrônicos e físicos.

Dessa forma o estudo utilizará da triangulação de dados, que em pesquisa qualitativa é uma técnica que envolve o uso de múltiplas fontes, métodos, teorias ou investigadores para coletar e analisar dados, com o objetivo de aumentar a credibilidade e a validade dos resultados [5]. Os dados serão analisados por meio da análise de conteúdo, que busca analisar os significados, como estruturas sociológicas e os significantes, por meio das estruturas semânticas [6].

RESULTADOS

O Hospital de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira passou por um processo de ampliação em 1949, no qual a instituição contava com escola e equipe de profissionais de saúde. No entanto, em relação ao tratamento psiquiátrico relataram uso de choques por descarga elétrica e contenção de mãos e pés. As atividades extra hospitalares eram escassas, com apenas alguns momentos de jardinagem. As crianças e adolescentes passavam a maior parte do tempo no ócio e com excesso de medicação, promovendo momentos de irritabilidade e desorientação [3].

Devido a superlotação dos hospitais psiquiátricos públicos, relata-se as camas “chão-leito”, no qual jogava-se capim seco no chão para servir de dormitório. Contribuindo para a proliferação de insetos e doenças, ocasionando em casos de maior gravidade, a mortalidade infantil. Sobre a superlotação em Oliveira, em 1963, o hospital-colônia abrigava 372 pessoas e tinha capacidade máxima para 250 crianças. Nesse sentido, as tarefas relativas ao cotidiano foram negligenciadas, como ensinar a comer e utilizar os talheres, higiene pessoal e vestimenta; e também houve uma ausência significativa de ensino educacional [3], [7].

Na década de 70, com o processo de incentivo a desospitalização, o fechamento da instituição foi anunciado. No entanto, não foi implementado em conjunto com novos serviços substitutivos de cuidado em liberdade. Desse modo, as crianças de Oliveira foram encaminhadas para a ala infantil do Hospital Colônia, em Barbacena. As crianças recebiam o mesmo tratamento que os adultos, inclusive sem distanciamento físico por idade. Além de falta de estímulo, agravando o quadro de deficiência, os tratamentos recebidos eram de eletrochoque, contenção e aprisionamento [7].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No processo de redemocratização, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), houve uma importante mudança na lógica de proteção de crianças e adolescentes. Na atualidade, entretanto, observa-se demonstrativos de práticas higienistas e de controle de conduta, como nos movimentos de patologização da infância. As relações de poder atravessam as configurações familiares contemporâneas, em especial as famílias vulneráveis. No qual, o Estado apresenta a legitimação para realizar intervenção e tutela com o objetivo de promover a manutenção da ordem [8]. Desse modo, é preciso reconhecer os avanços e analisar os próximos passos para a consolidação de políticas públicas de proteção integral infanto juvenil pautadas no cuidado, dignidade e acolhimento. Além disso, torna-se necessário o maior investimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), para a ampliação do tratamento de saúde mental em liberdade.

REFERÊNCIAS

- (1) Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva; 2015.
- (2) Cabral CMT. Do manicômio ao CAPSI: o percurso brasileiro para as políticas de saúde mental infantil. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016. Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- (3) Pereira JD, Silva M, Oliveira R, et al. As crianças no Hospital Colônia Infantil de Oliveira (MG): uma história institucional. *Psicologia Sociedade*. 2022;34.
- (4) Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo M, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. 51-66.
- (5) Santos KDA, Lima A, Ferreira M, et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciência Saúde Colet*. 2020; 25(2):655–664.
- (6) Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2004.
- (7) Arbex D. *Holocausto brasileiro*. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2019.
- (8) Nascimento ML, Silva J, Souza R, et al. Entre efeitos e produções: ECA, abrigos e subjetividades. *Barbarói*. 2010; 33:50-64.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA CURRICULAR COMO ESTRATÉGIA FORMATIVA PARA ENFRENTAMENTO AS DESIGUALDADES SOCIAIS

Ana Lígia Passos Meira¹

Lorena Maria da Silva

Isabella Silva de Almeida

Beatriz de Souza Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em consonância à Portaria MEC nº 1.428, de 28 de dezembro de 2018¹, que homologou a Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018², a extensão curricular nas Instituições de Ensino Superior (IES) deve corresponder a 10% (dez por cento) da carga horária do curso, sendo componente curricular obrigatório. É oportuno caracterizar a extensão como um processo político, social, educacional, cultural, científico e tecnológico, em que sociedade e IES se aproximam, interagem e constroem novas formas de sociabilidades e compartilhamentos de práticas e saberes. Desta forma, tornar a extensão universitária como componente curricular para formação de profissionais cidadãos é condição sine qua non para transformação da sociedade brasileira.

Na Faculdade Sírio-Libanês (FSL), a extensão curricular foi concebida a partir de uma matriz que integra teoria e prática, interdisciplinaridade e interprofissionalidade, ética e inovação em saúde. Nos currículos dos cursos de graduação em saúde, as unidades curriculares com carga horária para extensão são denominadas Projeto de Formação Integral em Saúde, a seguir PFIS.

Tais unidades curriculares adotam para a organização e distribuição dos conteúdos os pilares da Saúde Coletiva, a saber: I. Ciência Humanas e Saúde; II. Atenção Primária em Saúde; III. Epidemiologia e Saúde; IV. Gestão, Planejamento, Política e Programas Intersetoriais e V. Economia em Saúde.

É válido ressaltar a multidisciplinaridade como característica basilar da Saúde Coletiva, um campo de conhecimento que agrupa estudantes, professores, pesquisadores e outros profissionais com diferentes formações. Todos preocupados em ver e compreender o coletivo na saúde³.

Ao longo das semanas acadêmicas, o itinerário dos estudantes nas unidades curriculares de PFIS é composto por teoria de acordo com os conteúdos supramencionados e prática extensionista, que consiste na realização de atividades em projetos sociais, estabelecimentos e/ou serviços de saúde e educação infantil, básica, fundamental e adulta (EJA). Para assegurar a coerência entre teoria e extensão, a FSL adotou linhas temáticas para a seleção dos projetos sociais e serviços de saúde/educação/assistência social.

Entendendo a avaliação de aprendizagem como etapa fundamental para o desenvolvimento de novas competências, com destaque ao saber fazer, proposto pela Organização das Nações Unidas

1

E-mail: analigiapassos@hotmail.com

para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), nas unidades curriculares de PFIS, os instrumentos adotados para avaliar e monitorar o desempenho de estudantes e docentes são: avaliação cognitiva, autoavaliação, produto social e portfólio individual.

OBJETIVO

Apresentar a Política Pedagógica Institucional (PPI) da FSL, a qual fomenta a curricularização da extensão, integrada ao ensino e pesquisa, bem como as necessidades social, ambiental, cultural e de saúde da sociedade

Apresentar como a extensão, desenvolvida tanto nas ações curriculares e quanto não curriculares, objetiva capacitar seus discentes e docentes para realização de ações colaborativas com vistas a contribuir para melhoria de indicadores sociais, econômicos e de saúde dos projetos assistidos.

METODOLOGIA

Entre os dilemas da curricularização da extensão, está a compreensão de seu papel, estruturação e implementação de intervenções ancoradas na coprodução de saberes—sua intervenção, tanto científicos, sociológicos e tecnológicos quanto artísticos e filosóficos, com e para a população. Cabe esclarecer que a intervenção na sociedade não visa levar a faculdade a substituir funções de responsabilidade do Estado.

Nosso objetivo final, é, portanto, que a compreensão da natureza público-social da faculdade, se confirme na proporção em que os diferentes setores da população assistida usufruam dos resultados produzidos pela atividade acadêmica de extensão.

A fim de atingir esse fim, o projeto de extensão, deve valer-se de metodologias participativas e da implementação, que valorizem os saberes e a participação ativa de todos os envolvidos (indivíduos, coletivos, organizações e sociedade).

Considera-se como ímpar, a sistematização dos processos – consolidação de parcerias, escuta, diagnóstico situacional, coleta de dados, produção de tecnologias e materiais, proposição, implantação e sustentabilidade das ações propostas. Os tempos, dependerão dos atores sociais envolvidos, das necessidades elencadas e das dimensões micro e macropolíticas^{4,5}. A cada ciclo (semestre curricular), são projetadas e realizadas um campo de ações e colhidos resultados mensuráveis, quantitativa e qualitativamente. Entende-se, também, que a presença da faculdade na solução de problemas sociais não deve ser permanente, pois almeja-se que o compartilhamento do conhecimento contribua com a construção da autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos.

A FSL, atualmente, conta com 5 projetos de extensão, sendo desenvolvidos nos seguintes espaços: ABRACE (departamento do Hospital Sírio-Libanês que visa promover a saúde e a qualidade de vida de famílias em São Paulo. O projeto também oferece qualificação profissional e geração de renda); QUEBRADA ALIMENTADA (projeto social de assistência alimentar realizado na cozinha coletiva na ocupação Jardim Julieta, na Zona Norte de São Paulo); AMPARAR (Associação de amigos e familiares

de presos/as—possui como missão a defesa intransigente dos direitos humanos de adolescentes e adultos encarcerados e egressos do sistema penal e de seus familiares e a articulação destes enquanto grupo de solidariedade e de referência ao exercício da cidadania); FLORESCER (Acolhimento institucional a 30 mulheres transexuais e travestis em situação de vulnerabilidade social); ESCOLA MUNICIPAL BITITA (Na EMEF Espaço de Bitita, a valorização da diversidade e o acompanhamento pedagógico individualizado, em meio a um trabalho coletivo, democrático e conectado ao território, estão no centro das ações da escola, que atende Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos a partir da concepção de Educação Integral).

Esses espaços foram categorizados e elencados como oportunidade de uma importante construção social e formação aos discentes, buscando ações estratégicas que discutam projetos de enfrentamento às desigualdades sociais apresentadas, bem como formação e fortalecimento de estratégias junto a atores sociais capazes de lutar por seus direitos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Extensão tem-se apresentado a nós enquanto eixo formativo essencial para o desenvolvimento de habilidades e competências imprescindíveis para a formação de profissionais de saúde comprometidos com as múltiplas dimensões e questões de nossa sociedade. Nessa perspectiva, reiteramos o compromisso ético e dialógico da experiência Sírio-Libanês. Permanece o desafio, de aprimorarmos e sustentarmos este modelo pedagógico apto para atender as necessidades de uma sociedade, especialmente, nos projetos desenvolvidos pela FSL, que envolvem contextos de vulnerabilidade social, com populações que vivenciam a ausente ou tímida presença do Estado, sendo por vezes invisíveis aos olhos dos direitos humanos e que buscam a reafirmação como indivíduos e cidadãos em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 1.428, de 28 de dezembro de 2018, Dispõe sobre a oferta, por Instituições de Educação Superior – IES.
- (2) Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014.
- (3) Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023.
- (4) Bardin L. Análise de conteúdo. 5. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
- (5) Rodrigues ALL et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. UNIT-SERGIPE. 2013;1(2):141-148.

A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL COMO INSTRUMENTO PARA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: VIVÊNCIAS EM VISITAS DOMICILIARES EM ÁREA VULNERÁVEL DO RIO DE JANEIRO

José Jefferson Alves da Silva¹

Fábio Marques Julião da Silva

Jéssica Moraes de Oliveira

Yunes Marcos Ali Mathias

Danilo Borges Cruz

Victor Rodrigues Vitalino

Paterne Belfort Hena

Leonardo Graever

Mirella Giongo

Maria Kátia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Formar profissionais de saúde de boas práticas é um grande desafio. Com objetivo de desenvolver habilidades de comunicação, escuta ativa, trabalho em equipe e um olhar clínico mais apurado e sensível, o Programa Formação Interprofissional, Saúde, Território e Comunidade (Profaex) promove a integração entre estudantes de dez cursos entre os quais medicina, enfermagem, psicologia, ciências sociais inserindo-os em vivências semanais na Clínica da Família. O Profaex estimula práticas interprofissionais voltadas para o cuidado integral, por meio de atividades como visitas domiciliares, nas quais os alunos atuam junto às equipes de Saúde da Família. Nessas ações, acompanham casos de doenças crônicas como insuficiência cardíaca, hanseníase, tuberculose e o desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 6 anos, sempre com abordagens interdisciplinares. Assim, o programa contribui para a formação de profissionais comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde e preparados para atender às complexidades do cuidado singular em saúde.(1-3)

OBJETIVO

Relatar as experiências vivenciadas por estudantes extensionistas durante visitas domiciliares.

METODOLOGIA

Os estudantes extensionistas foram capacitados para realizar visitas domiciliares como parte das ações de cuidado em saúde. Inicialmente, foram inseridos em uma equipe de Saúde da Família, onde puderam observar o processo de trabalho e a dinâmica da atenção primária. Posteriormente, passaram a realizar visitas domiciliares acompanhados por agentes comunitários de saúde, garantindo a integração

com o território e a continuidade do cuidado. Ao longo da experiência, os estudantes participaram de reuniões periódicas que abordaram temas como Insuficiência Cardíaca, Hanseníase, tuberculose e Saúde da Criança de 0 a 6 anos, além de oficinas voltadas para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, escuta ativa e construção do vínculo com os usuários. Também foram discutidos aspectos relacionados à rede de apoio, à composição familiar, à compreensão do problema de saúde em questão e à importância de medidas de cuidado, incluindo a administração correta de medicamentos e alimentação saudável.

RESULTADOS

Em 18 visitas domiciliares realizadas por alunos em uma Clínica da Família, foram identificadas mães jovens e solteiras, com filhos de 0 a 6 anos, cujos cuidados alimentares e criação frequentemente recaem sobre os avós. A alimentação infantil observada era majoritariamente composta por ultraprocessados como iogurtes, embutidos, biscoitos recheados e doces, enquanto havia dificuldades na introdução de legumes e verduras. Muitas mães não possuíam o hábito de consumo desses alimentos e enfrentavam dificuldades em estabelecer rotinas alimentares. Uma mãe relatou concepções limitadas sobre alimentação saudável e descreveu uma gestação marcada por violência doméstica, dores na amamentação e desmame precoce aos três meses, sem introdução adequada de alimentos. Em relato inusitado, afirmou que seu filho de dois anos acessava doces sozinho, utilizando seu cartão em comércio próximos. Além disso, em 2024, foram realizadas 10 visitas a pacientes com hanseníase, 10 com tuberculose e 12 a recém-internados por insuficiência cardíaca congestiva (ICC), sendo que 35% vão a óbito após a primeira internação. O projeto BRAHIT tem como meta descentralizar o acompanhamento desses casos para médicos de família com apoio especializado, promovendo autocuidado em hanseníase e diminuindo o abandono do tratamento em tuberculose.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As VDs evidenciaram desafios relevantes no cuidado, como a alimentação inadequada, a sobrecarga dos avós e a presença de contextos de violência e vulnerabilidade social nestes territórios. A identificação de padrões alimentares baseados em ultraprocessados e o relato de práticas de desmame precoce mostram como fatores sociais, culturais e econômicos moldam o cuidado. Esses achados destacam como o território é um espaço vivo e determinante para a saúde, no qual as relações familiares, o acesso (ou a falta dele) a recursos e os traços da violência doméstica interferem diretamente no desenvolvimento infantil e na construção de práticas alimentares saudáveis. Por fim, as vivências permitiram aos estudantes compreender a complexidade do território e dos determinantes sociais da saúde, fortalecendo competências como escuta ativa, empatia e vínculo com os usuários. Assim, as VDs se apresentam como ferramentas essenciais para uma formação crítica, humanizada e alinhada aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2018;22:1525–34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/>
- (2) Peduzzi M, Agreli HF, Silva JAM, Souza HS, Aguiar CMM, Aguiar C, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab Educ Saúde. 2020;18:e0024678. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/>
- (3) Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(5):1799–808. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/>

A FOTOGRAFIA COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO PARA MULHERES QUE VIVENCIAM/ VIVENCIARAM A VIOLÊNCIA

Ana Carolina Gomes Mayworm¹

Aline Furtado da Rosa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O conceito de “mulher” vai além da biologia, abrangendo identidades de gênero como construção social [2]. Para Butler, o gênero é performativo e fluido, questionando categorias fixas [3]. Entretanto, persistem estereótipos machistas e patriarcais. A violência contra a mulher, enraizada em desigualdades históricas, segue um ciclo de tensão, agressão e reconciliação que perpetua a dependência. Embora leis como a Maria da Penha representem avanços, é fundamental combater essas estruturas para romper ciclos de violência e promover equidade.

OBJETIVO

Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres que vivenciam ou vivenciaram violência doméstica, caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no Centro de Referência de Assistência à Mulher (CRAM) no município de Petrópolis/RJ.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo com triangulação de dados investigou a violência de gênero entre mulheres atendidas no CRAM Tia Alice (Petrópolis/RJ). Durante encontros quinzenais, aplicou-se: 1) formulário sociodemográfico; 2) Photovoice (Wang e Burris, 1990), onde as mulheres expressaram suas vivências através de fotos; e 3) grupos focais. processo incluiu e respeitou todas as etapas éticas.

RESULTADOS

O perfil das participantes mostrou a diversidade racial (50% brancas, 33% pardas, 17% pretas) e predominância cristã (83%). A maioria tinha Ensino Fundamental Incompleto (67%) e baixa renda (50% ganhavam menos de um salário mínimo). A análise qualitativa (IRAMUTEq[®]) identificou 4 eixos temáticos: 1) Histórias e ciclos da violência; 2) Construção da identidade feminina; 3) Processos de superação; e 4) Estratégias de enfrentamento. Os resultados destacaram o CRAM como essencial no empoderamento das mulheres, oferecendo suporte emocional, jurídico e social. A violência deixou marcas físicas e psicológicas, mas o acesso à informação, apoio institucional e resiliência possibilitaram a superação, com espiritualidade e natureza como aliadas no processo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A violência contra mulheres exige ações efetivas e estudos aprofundados. Esta pesquisa destaca a importância do CRAM no apoio às mulheres e a necessidade de capacitar profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra mulheres. Brasília, DF: Senado Federal; 2011. https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras_referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras_referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres.
- [2] Machado DF, Castanheira ERL, Almeida MAS. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. Ciênc Saúde Colet. 2021;26(supl 3):5003-12. Doi: 10.1590/1413-812320212611.3.02472020.
- [3] Rodrigues C. Butler e a desconstrução do gênero. Rev Estud Fem. 2005;13(1):179-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2005000100012>.
- [4] Rodrigues PHA et al. Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38(Suppl 2):e00201921. DOI: 10.1590/0102-311XPT00201921.

A GÊNESE DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE: DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E RELAÇÕES DE GÊNERO

Haryanne Gabrielle Borges Santos¹

Melissa Rodrigues de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado pela psiquiatria como um padrão persistente de instabilidade nas relações interpessoais, autoimagem, afetos e impulsividade acentuada. Embora descrito como uma condição clínica, o diagnóstico é majoritariamente aplicado a mulheres. Segundo o DSM-5 [1], aproximadamente 75% das pessoas diagnosticadas pertencem ao gênero feminino. A prevalência desse diagnóstico entre mulheres, associada à recorrente experiência de violência sexual, raramente é analisada à luz das relações de gênero. A ciência médico-psiquiátrica, ao privilegiar explicações genéticas, neurobiológicas e de fatores de risco, tende a adotar uma abordagem descritiva que ignora os contextos sociais e históricos. A associação entre mulher e loucura se perpetua à medida que o discurso psiquiátrico multiplica categorias diagnósticas e propostas terapêuticas que descontextualizam a dor vivida por mulheres em situações de opressão, transformando-a em patologias predominantemente femininas [2], como é o caso do TPB.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi analisar a formação social do TPB, considerando as relações de gênero implicadas nesse diagnóstico, à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que compreende o processo saúde-doença a partir do modo qual as pessoas reproduzem socialmente suas vidas, e da psicologia histórico cultural, que evidencia a constituição social da personalidade por meio da conversão das relações sociais em funções pessoais no processo de desenvolvimento.

METODOLOGIA

Este trabalho integra uma monografia de graduação e baseia-se em uma análise crítica da literatura recente sobre o TPB. Observou-se que a maior parte das produções sobre a gênese do TPB mantém forte adesão às concepções biomédicas, priorizando explicações genéticas, neurobiológicas ou multicausais. Experiências de violência e sofrimento, majoritariamente vividas por mulheres diagnosticadas, são frequentemente tratadas como fatores de risco isolados, desconsiderando as determinações sociais e históricas que atravessam esses processos.

Os critérios diagnósticos — como instabilidade emocional, impulsividade e relações interpessoais instáveis — são frequentemente interpretados como disfunções individuais, ignorando

1

Universidade Federal do Paraná. E-mail: haryannegabrielle@gmail.com

sua dimensão sociocultural e política. Em contraponto, uma abordagem crítica permite compreender o TPB como expressão subjetiva legítima de contextos de opressão e exploração. Como destaca Vigotski [3], o sofrimento psíquico incorpora o social; aquilo que é intersíquico torna-se intrapsíquico. Considera-se que características atribuídas ao TPB só podem ser patologizadas porque se tornam obstáculos às exigências normativas impostas às mulheres nas relações capitalistas patriarcais. A psicologia histórico-cultural demonstra que as operações psicológicas se originam das relações sociais [4]. Assim, comportamentos como raiva, impulsividade e instabilidade resultam de contextos de violência e exclusão. A literatura revela uma associação significativa entre TPB e vivências traumáticas, especialmente estupros na infância, que não devem ser tratados como fatores isolados ou de origem genética, mas como efeitos de práticas sociais estruturais e opressoras. Ratner [4] aponta que práticas sociais destrutivas — negligências, abusos e violências — geram respostas subjetivas de sofrimento, frequentemente medicalizadas e despolitizadas pela psiquiatria. Embora a violência sexual apareça como a principal determinação dos sintomas relacionados ao TPB, outros processos críticos destrutivos, como a desigualdade social, também são centrais. Dados apontam prevalência do diagnóstico entre mulheres pobres e urbanas, reforçando a hipótese de que a classe trabalhadora, especialmente suas camadas mais vulneráveis, está mais submetida a processos que comprometem a saúde mental de forma estrutural e permanente [5]. O TPB reflete uma lógica violenta do capital, que estabelece regras, divisões de classe, interdições, violência sexual, abuso de poder e a impossibilidade de mulheres objetivarem suas necessidades [5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Destaca-se a permanência de padrões históricos de patologização do sofrimento das mulheres, em continuidade com antigos diagnósticos como a histeria. A literatura feminista aponta que a medicalização do sofrimento atua como forma de silenciamento das mulheres que não se encaixam nas normas sociais impostas ao gênero. Dessa forma, constatou-se que o TPB tem funcionado como uma ferramenta de normatização da subjetividade feminina e de responsabilização individual por sofrimentos de origem coletiva e estrutural. A articulação entre a gênese e o gênero, expressa pelas estatísticas do diagnóstico do TPB, revela que a prática diagnóstica corrobora para o silenciamento das mais profundas determinações e impossibilidades no modo de viver das mulheres.

REFERÊNCIAS

- [1] American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

- [2] Caponi S. Scientia Sexualis: El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatria. In: Miranda M, editor. Las Locas. La Plata: Editora de la Universidad Nacional de La Plata; 2019.
- [3] Vigotski LS. História do desenvolvimento das funções mentais superiores. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2021.
- [4] Ratner C. A psicologia sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- [5] Almeida MR de. A formação social dos transtornos de humor [Tese]. Botucatu, SP: Faculdade de Medicina, UNESP; 2018.

A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DA TEMÁTICA LGBT NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS: UM RELATO DE VIVÊNCIA ACADÊMICA

Molly Katrina Costa Smithers¹
Cristiane Maria Amorim Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação acadêmica em enfermagem desempenha um papel crucial para capacitar os profissionais a oferecer cuidados de saúde inclusivos e de qualidade para todas as pessoas, especialmente aquelas historicamente marginalizadas, como a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, pessoas intersexuais, assexuais (LGBT), entre outras identidades [1]. São pessoas com identidades de gênero e orientações sexuais que não se enquadram no binarismo tradicional da sociedade. Por conta dessa transgressão social, são vítimas de exclusão e violência estrutural no sistema de saúde, impactando negativamente essa população, principalmente pela falta de reconhecimento de suas necessidades específicas e pelo desrespeito às identidades de gênero e orientações sexuais. Torna-se essencial que os profissionais de enfermagem estejam devidamente capacitados para reconhecer e atender suas necessidades específicas [2]. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT [3] destaca a educação permanente em saúde como essencial para a promoção de cuidados inclusivos e a redução das desigualdades. No entanto, as lacunas na formação acadêmica não qualificam o enfermeiro para lidar com as diversidades de gênero e sexualidade, comprometendo a eficácia e a qualidade da assistência [1].

OBJETIVO

O objetivo deste relato de experiência é compartilhar a vivência do discente nas atividades realizadas no projeto de iniciação científica intitulado Formação universitária do cidadão-enfermeiro: a qualificação do cuidado de saúde da população LGBT, cujo objeto é a relação entre o cuidado qualificado para a população LGBT e a formação universitária do profissional de enfermagem. Para tal, serão apontadas as etapas do projeto e as primeiras análises dos dados coletados.

METODOLOGIA

Este relato de experiência, originado de uma bolsa de iniciação científica, baseia-se em ações realizadas ao longo do projeto. O projeto contempla as seguintes etapas: (1) revisão integrativa da temática; (2) análise documental dos currículos das faculdades de Enfermagem brasileiras; (3) aplicação de questionário aos discentes da Faculdade de Enfermagem da UERJ; e (4) realização de entrevistas semiestruturadas com discentes e docentes da faculdade de Enfermagem da UERJ. As atividades do projeto tiveram início no segundo semestre de 2024, pela revisão integrativa de literatura, cujo objetivo é mapear produções científicas nacionais, analisar seus resultados e reflexões, servindo de aprofundamento da temática. A segunda etapa será a busca dos projetos político-pedagógicos das faculdades de Enfermagem brasileiras, através de um questionário específico. Já a terceira e a quarta etapas consistiram na aplicação de questionários e na realização de entrevistas com discentes e docentes.

1

E-mail: mollykatrinacostasmithers@hotmail.com

RESULTADOS

A revisão da literatura está em andamento, mas já evidencia que diversas instituições de ensino brasileiras carecem de currículos de enfermagem adequados para atender às necessidades específicas da população LGBT. Essa lacuna no ensino contribui para o despreparo dos profissionais de saúde, resultando em um atendimento muitas vezes excludente e de abordagem conservadora, perpetuando a marginalização dessa comunidade. Um estudo da Faculdade de Enfermagem da UERJ aponta que a temática LGBT em seu currículo é limitada e abordada de forma fragmentada [2]. Destaca-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1970, recomenda fortemente a inclusão da temática da sexualidade nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem, ressaltando a importância de uma formação que contemple as diversidades de gênero e orientação sexual. A abordagem de questões relacionadas à sexualidade e identidade de gênero nos processos formativos visa capacitar os profissionais para oferecer cuidados mais completos e respeitosos, alinhados às necessidades da sociedade atual [1].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A vivência nas atividades do projeto de iniciação científica proporcionou o aprendizado de técnicas metodológicas e a compreensão da pesquisa como um espaço de transformação da prática, seja na assistência ou no ensino. A inserção no projeto permitiu identificar desafios, como a resistência em discutir a temática LGBT nos currículos de enfermagem e a articulação dessa temática entre as disciplinas. Também possibilitou uma reflexão crítica sobre o papel da educação na formação de profissionais mais preparados para lidar com a diversidade. Preliminarmente, o projeto evidencia a carência de conteúdos relacionados à temática LGBT nos currículos acadêmicos de enfermagem de diversas instituições brasileiras. Espera-se que o estudo contribua para a revisão e adequação dos currículos de enfermagem, visando a transformação da prática profissional e o combate às práticas discriminatórias no sistema de saúde, através da educação e formação de enfermeiros mais qualificados.

REFERÊNCIAS

- [1] Beraldi ML, Paranhos W, Garcia ORZ, Horta ALM. O ensino da sexualidade em cursos de Graduação em Enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e230310. DOI: 10.1590/interface.230310.
- [2] Matta TF, Santos Junior EC, Costa CMA, Araujo LM. Saúde LGBT e currículo de enfermagem: visão de futuras enfermeiras. *Res Soc Dev*. 2020;9(9):e722997855. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7855.
- [3] Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.

A IMPORTÂNCIA DA LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE DA MULHER FRENTE À INSUFICIÊNCIA CURRICULAR DA ABORDAGEM INTEGRAL DA SAÚDE E DA SEXUALIDADE FEMININAS

Marcela Amariz Alves da Silva¹

Ana Paula Niquini Viana Batista

Thaís Sayuri Yamamoto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Lei nº 12.842/2013 regulamenta o exercício da medicina e define que o objeto da atuação médica é a saúde do ser humano e das coletividades, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza¹. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina² incluem a diversidade de gênero, a integralidade do ser e a humanização no atendimento como essenciais à formação. Dessa forma, esperava-se que o ensino dos temas de Saúde da Mulher nas escolas médicas tivesse passado por mudanças ao buscar a compreensão dos determinantes sociais, culturais e psicológicos do processo saúde-doença³. Apesar disso, ainda se observa a formação de médicos generalistas voltada para o diagnóstico de patologias e o tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico de doenças³. A abordagem da saúde da mulher fica restrita a intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a queixas uroginecológicas, sem levar em consideração a saúde sexual, reprodutiva, o estresse e a violência advindos da construção do feminino na sociedade atual. Nesse contexto, as atividades da Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LASMu) têm papel essencial na complementação das lacunas existentes não só na educação acadêmica, como nas pesquisas e nas ações de extensão, reconhecendo necessidades e direitos das mulheres em seus diversos contextos.

OBJETIVO

Apresentar a experiência de um curso de extensão para desenvolvimento da temática de gênero e sexualidade, voltado para estudantes das áreas da saúde e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), promovido por uma Liga Acadêmica de Saúde da Mulher durante a pandemia de COVID-19, frente a lacunas curriculares de uma escola médica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do processo desenvolvido pela LASMu, no ano de 2022, para avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina de uma universidade pública, sobre abordagem integral da saúde da mulher. Elaborou-se um questionário online com perguntas de múltipla escolha, divulgado pelas redes sociais da liga, tendo como alvo os discentes do internato da universidade que já

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: marcelaamariz.med@gmail.com

tivessem passado pelos estágios em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e na APS. A partir das respostas ao questionário, foi idealizado e oferecido o curso de extensão “Introdução À Abordagem Das Questões de Gênero e Sexualidade na Atenção Primária À Saúde”, com objetivo de discutir questões relacionadas à saúde integral da mulher, dividido em 6 encontros remotos e síncronos, performando 9 horas de aulas ao vivo, mais 12 horas de estudo assíncrono. A escolha do formato remoto para o curso foi devido à possibilidade de reunir mais pessoas, tanto de dentro da universidade quanto de fora, sem a necessidade de deslocamento.

RESULTADOS

Dentre os 24 discentes que responderam à pesquisa, 87,5% informaram que o aprendizado do estágio em GO não foi suficiente para a prática de saúde da mulher na APS. 79,2% não se sentiam aptos a orientar e acompanhar mulheres no climatério, 66,7% não aptos a abordar queixas relacionadas à sexualidade e 83,3% não aptos a abordar mulheres em situação de violência sexual, doméstica ou familiar. Por outro lado, a maioria dos estudantes se sentia apta a abordar questões sobre ciclo gravídico-puerperal, fisiologia e alterações do ciclo menstrual, disfunções uroginecológicas e infecções sexualmente transmissíveis, sendo explícita a lógica hospitalocêntrica: o cuidado da mulher com foco no pré-natal, parto, puerpério, planejamento reprodutivo e prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, práticas bem consolidadas na Atenção Básica, anda junto às lacunas em abranger o processo saúde-doença das mulheres em sua totalidade. A partir da insuficiência do currículo médico, para abranger as questões femininas de forma integral, considerando aspectos biopsicossociais não apenas relacionados ao adoecimento, mas também à resiliência, o curso discutiu temas como construção do gênero na sociedade ocidental, anatomia e fisiologia do orgasmo, direitos sexuais e reprodutivos, abordagem da violência, climatério/menopausa, além de ressaltar a importância da saúde sexual no processo do cuidado. As avaliações após o curso foram positivas quanto à metodologia dos encontros síncronos e a escolha dos temas abordados, bem como as auto-avaliações de aprendizado. Acreditamos que as avaliações inicial, processual e final refletiram a relevância do curso ministrado para a formação de generalistas preparados para lidar com a rotina de cuidado de mulheres na APS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É necessário reconhecer a educação e a assistência médica como ferramentas que sustentam estruturas de poder e que, pela falta de uma abordagem ampla, perpetuam as interseccionalidades que atravessam a população feminina. A concepção deste trabalho teve o protagonismo das participantes da liga, provando que a LASMu tem um papel importante na inserção dos discentes no processo de construção do conhecimento no meio acadêmico como sujeitos atuantes, comprometidos e portadores de uma visão tanto científica e crítica, quanto humana, ética e comprometida com a diminuição da desigualdade de gênero. Os resultados mostram a necessidade premente de reformulação das bases curriculares para a inclusão de discussões de direitos e saúde sexual, sob uma perspectiva biopsicossocial, como estratégia de enfrentamento às opressões historicamente sofridas pelas mulheres. A formação

médica precisa se distanciar do patriarcalismo e ao mesmo tempo acolher e promover a autonomia e a Saúde Integral da Mulher.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11 jul. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm
- (2) Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2014.
- (3) Dâmaso JGB, Batista CB, Rangel NM. O ensino da saúde da mulher no internato médico: Análise documental em universidades públicas mineiras. Rev Med Minas Gerais. 2021;31:e-31301. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/3789>

A INFLUÊNCIA DO FATOR SOCIOECONÔMICO NA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Mariana Menezes Santos¹

Núbia Rosa Muniz

Carla Regina de Alvarenga Ossola

Rodrigo Pires Figueira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Ainda é um problema o alto nível de desigualdade no Brasil, o sistema tributário brasileiro influencia expressivamente a equidade da sociedade(1).

Há estudos que relaciona o poder socioeconômico baixo como um fator influente no aparecimento de certas doenças orais na população, como por exemplo a cárie dentária, doença periodontal e o índice de mortalidade de câncer de boca(2-4).

O consumo exagerado do açúcar somado a falta de higiene oral favorece o acúmulo de biofilme composto, em sua maioria por *Streptococcus mutans*, sendo principal causa da doença cárie, porém, as desigualdades socioeconômicas a nível individual e comunitário determinam a ocorrência da doença(4).

A periodontite afeta os tecidos de suporte por causa do acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias e causam edentulismo, pode ser influenciada por fatores sociais, culturais e comportamentais individuais, como higiene bucal, tabagismo, uso de serviços de assistência odontológica entre outros(2).

O câncer bucal é o crescimento desordenado celular, doença crônica degenerativa, etiologia multifatorial, com fatores de risco como agentes químicos, físicos e biológicos. Grupos de baixa renda tendem a ter as condições de saúde precárias e carências nutricionais, que são achados comuns no índice de mortalidade de câncer oral(3).

OBJETIVO

Analisar como o poder socioeconômico dos indivíduos menos favorecidos pode se tornar um fator de risco na incidência de doenças orais e sua progressão.

METODOLOGIA

O presente estudo utilizou uma revisão literária nas bases de dados PUBMED, SCIELO e LILACS. Os critérios de inclusão adotados foram artigos científicos relacionados ao tema estudado, especificamente sobre fatores socioeconômicos e saúde bucal. As palavras-chave empregadas nas buscas foram: fator socioeconômico e saúde bucal. Foram selecionados apenas artigos com pesquisas e índices realizados no Brasil, com data a partir de 2009, que se mostraram relevantes para o desenvolvimento deste estudo.

RESULTADOS

Observou-se que os grupos socialmente desprivilegiados têm um contato maior com os fatores de risco dessas doenças, dieta irregular, higiene oral precária, pouco acesso ao sistema de saúde bucal, desinformação a nível de saúde, tabagismo e etilismo e até doenças sistêmicas descompensadas, por essa razão, identificou-se que a desigualdade socioeconômica individual ou contextual são determinantes para a ocorrência de cárie dentária, o pior nível socioeconômico do domicílio está positivamente associado ao maior número de dentes perdidos pelos indivíduos residentes e observou correlações positivas e significativas entre indicadores socioeconômicos e o índice de mortalidade por câncer oral(2-4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O desenvolvimento do país é essencial para melhorar as condições socioeconômicas da sociedade brasileira, além de políticas públicas para subsidiar projetos de promoção a saúde bucal na atenção primária do Sistema Único de Saúde e campanhas de prevenção dessas doenças para todos terem acesso a informação de saúde, planejar atividades comunitárias e doações de utensílios de higiene oral para as famílias mais carentes. Campanhas para prevenção e conscientização de câncer de boca para ser identificado a tempo e trazer esperança de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Demografia. População: Estudos revelam impacto da redistribuição de renda no Brasil. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/>
2. Barbato P, Peres K. Determinantes socioeconômicos contextuais da perda dentária em adultos e idosos: uma revisão sistemática. Rev Bras Epidemiol. 2015. doi: 10.1590/1980-5497201500020006.
3. Borges D *et al.* Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200010.
4. Engelman J. Associação entre cárie dentária e fatores socioeconômicos em escolares: Uma análise multinível. Rev Bras Odontol. 2016. doi: 10.1590/0103-6440201600435.

A INTERDISCIPLINARIDADE E A CENTRALIDADE DO USUÁRIO NO CUIDADO AOS CANDIDATOS A UM TRANSPLANTE CARDÍACO

Mariana Camargo Tumonis Oliveira¹

Richardson Jorge Almeida Meirelles

Carolina Passos Sodré

Ana Beatriz Dias Pacheco

Roseni Pinheiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco (TxC) configura-se como a principal proposta terapêutica para o cuidado de usuários com diagnóstico de insuficiência cardíaca em estágio avançado, após esgotadas todas as possibilidades de um tratamento conservador. A complexidade do procedimento justifica a necessidade de uma abordagem interdisciplinar durante todo o processo, cuja organização do trabalho deve pautar-se na centralidade do usuário e na garantia da integralidade do cuidado.

Ao discorrer sobre a interdisciplinaridade no cuidado de candidatos ao TxC, admite-se a essencialidade das diversas especialidades e a convergência de suas contribuições para um objetivo comum [1]. Busca-se a superação de práticas restritas aos aspectos biomédicos e o reconhecimento da ótica do usuário sobre o seu adoecimento, por meio de sua identificação como um sujeito único, portador de direitos, com necessidades de saúde específicas e intersubjetividades que tensionam o seu processo saúde-doença.

Compreende-se que a definição de linhas de cuidado, a partir de uma perspectiva integral, deve centrar-se no conceito de determinação social da saúde. No tocante aos sujeitos com indicação de TxC, a identificação das especificidades de cada indivíduo tem se colocado como tarefa indispensável para a efetivação do trabalho interdisciplinar e como um dos condicionantes para a efetivação do êxito técnico do transplante.

OBJETIVO

Objetiva-se, por meio deste relato de experiência, ressaltar a importância de práticas interdisciplinares e centradas no sujeito, quando discutido o efetivo acompanhamento de usuários com indicação de TxC. Justifica-se ainda pela necessidade de problematizarmos as ações fragmentadas de cuidado, que tendem a desmobilizar o trabalho em equipe e a inviabilizar a identificação das reais necessidades dos indivíduos.

METODOLOGIA

Este relato origina-se da experiência teórico-prática da primeira autora, enquanto assistente social que atua na equipe interdisciplinar de referência no cuidado de usuários com indicação de TxC

em um hospital universitário do Rio de Janeiro. A reflexão acerca do trabalho realizado, em especial quando identificados casos exitosos de acompanhamento, permite-nos inferir sobre a importância de considerarmos o conceito ampliado de saúde na definição das intervenções profissionais.

Protocolos clínicos, indispensáveis tanto para a definição de um potencial receptor de um novo coração quanto para as instruções operacionais, não são capazes de traduzir o adoecimento vivenciado por cada sujeito e as iniquidades enfrentadas para a garantia do cuidado. Neste sentido, ao discutir a determinação social da saúde, temos como objetivo entendê-la para além da seara biológica, reconhecendo a relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais no processo saúde-doença [2].

Para além das demandas apresentadas por cada usuário, é essencial que suas reais necessidades de saúde sejam identificadas durante seu acompanhamento. Diante disso, reitera-se a relevância do trabalho em equipe, a partir de uma perspectiva interdisciplinar, com o intuito de criar estratégias para o enfrentamento de condicionantes que possam vir a impactar a garantia do cuidado.

Pensar em condições ideais para a realização de um transplante envolve a identificação do público-alvo das ações, principalmente daqueles atendidos no Sistema Único de Saúde. Em um cenário de extrema desigualdade social, o reconhecimento das intersubjetividades e interseccionalidades propicia uma melhor organização do trabalho e a superação do imobilismo diante de possíveis dificuldades encontradas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A realização de um TxC não representa a cura, mas sim um tratamento que pode prolongar a vida do transplantado com uma melhor qualidade. A clareza sobre esta informação traduz a importância de uma participação ativa do usuário durante todo o processo. Neste sentido, reforça-se o compromisso com o acolhimento e a escuta ativa de cada sujeito. É indispensável que eles se reconheçam como protagonistas de seu processo de adoecimento, o que tende a fortalecer a vinculação com a equipe que o acompanha.

Para além do sucesso prático da cirurgia, o trabalho interdisciplinar deve guiar-se pela perspectiva da valorização das redes de apoio, da garantia de direitos e de estratégias não restritas ao ambiente hospitalar, mas que considerem também as políticas intersetoriais e as barreiras de acesso ao cuidado. Atentar-se para a potencialidade deste trabalho implica reconhecê-lo como uma prática para a garantia do cuidado integral e centrada nos sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

- [1] Honorato C, Pinheiro R. "Trabalho político": construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA; Barros MEB, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: UERJ; 2007. p. 85-109.
- [2] Souza D. O caráter ontológico da determinação social da saúde. Serviço Social Sociedade. 2020;137:174-191.

A INTERSECCIONALIDADE NA PRÁTICA: O PROTAGONISMO DAS MULHERES NEGRAS NAS CONSTRUÇÕES DE PONTES ENTRE TERRITÓRIOS, DIVERSIDADES E BEM VIVER.

Luciana Lindenmeyer¹

Ana Marília Soares Cruz

Rayane Vieira Matos

Lara Danuta da Silva Amaral Gomes

Solanne Gonçalves Alves

Luciana Silvério Alleluia Higino Da Silva

Erika Maria de Lima Almeida

Liana Maria Ibiapina do Monte

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente relato pretende apresentar a experiência de intercâmbio entre três projetos de pesquisa cujas temáticas se interligam: Mulheres Quilombolas, Juventudes Periféricas e Mulheres Negras de Redes de Enfrentamento às Violências. Em dezembro de 2024, os projetos aprovados pela Rede Equidade com Diversidade da Fiocruz, sob coordenação de três mulheres negras servidoras da Fiocruz Ceará e Piauí, estiveram durante quatro dias tramando estratégias intersetoriais e (re)conhecendo os caminhos em comum, a partir do (re)conhecimento dos desafios e potências de cada território/ projeto.

A maior parte da população é levada ao empobrecimento e à marginalização social devido à falta de acesso a direitos fundamentais, o que contribui para a continuidade do ciclo de desigualdade racial, de gênero e de classe. Esse “sistema de opressão interligado” (1) das desigualdades biopsicossociais se revela como um desafio coletivo essencial para a preservação da vida e o cuidado integral com a saúde, em sinergia com o meio ambiente. Nesse contexto, diálogos coletivos e articulados funcionam como uma ferramenta relevante para informar, sensibilizar e provocar reflexões sobre a ausência de políticas públicas e/ou ações violentas do Estado para garantir sua manutenção soberana.

A premissa de troca de experiências e de aprendizado mútuo, assim como vivenciar outros territórios, fortalece sujeitos políticos e sociais que atuam com o papel fundamental de resistir e tramar alternativas para sua sobrevivência. Inspiradas por Sena, “Tenho usado o termo “tramar” [...] pois o considero potente. [...] tramar significa: 1. Passar a trama por entre os fios da urdidura; entretecer, tecer; 2. Maquinar ou armar complô, conspirar” (2). Considerando os contextos rural, urbano e quilombola, dissertaremos sobre o seminário “Interações, diversidade e territórios: práticas ancestrais pelo bem viver”.

1

Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: @luciana.lindenmeyer@fiocruz.br

OBJETIVO

Relatar as articulações de três projetos de pesquisa pelo viés da interseccionalidade. Desenvolver estratégias de fortalecimento e visibilização de ações que tragam equidade e diversidade, em diversos setores da sociedade, especialmente na produção de ciência feita por pessoas fora do meio acadêmico.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato descritivo e participativo construído por três pesquisas distintas, onde mulheres quilombolas de Piripiri (PI), adolescentes e jovens periféricos de Fortaleza (CE) e Recife (PE) e mulheres negras organizadas e pesquisadoras de Fortaleza, Salvador (BA) e Teresina (PI), formam o perfil/ território dos cerca de 30 participantes. O evento foi realizado em 4 dias e 2 em municípios do Ceará em dezembro de 2024. Os dados foram analisados pelos referenciais da interseccionalidade, da cosmologia do Bem-viver, a partir das avaliações e relatórios/ relatos dos participantes.

O seminário foi construído com uma proposta dialógica, participativa e horizontal, com caráter teórico-prático, reflexivo, vivencial. Baseado em temas que atravessam nosso corpo/território e os projetos, como racismo, saúde mental, direito à terra, machismo, justiça socioambiental e crise climática, segurança pública e o protagonismo da juventude. A programação foi composta por oficinas e intervenções práticas de arte e batuque, explanações e apresentações de território/ projetos de cunho formativo, momentos integrativos com a natureza, coo também democráticos e deliberativos.

RESULTADOS

A abertura foi em um território da periferia de Fortaleza vulnerabilizado e com altos índices de violências e criminalidade, a acolhida foi feita pelos adolescentes residentes com a apresentação do território em forma de poesia. Na interação entre os projetos se deu a construção do estandarte que representa cada projeto, onde os participantes se inspiraram em suas lutas e perspectivas de futuro. Através das multilinguagens das artes, materializada nos estandartes e no batuque de chegança, ficou marcada a abertura. Durante o encontro, foram apontadas metas para que os projetos integrem suas ações futuras com os aprendizados oriundos das trocas e interações das novas realidades apresentadas, convidando assim outras pessoas à reflexão e conscientização dos diversos desafios, potências, pautas e lutas coletivas.

Cada projeto compactuou em pautar e elaborar um plano de ações territoriais que visam o combate ao racismo, à prevenção ao feminicídio e violência doméstica, cuidado com a terra a partir do sentimento de pertencimento ao território, mesmo no meio urbano. Destaque para uma gincana, realizada território citado acima, onde premiam as pessoas que recolheram mais garrafas plásticas para construção de uma árvore de Natal coletiva. A atividade também incluiu um encontro para discutir o impacto do lixo no território e sensibilizar para a adoção de práticas mais conscientes e recicláveis. Outro destaque foram os caminhos para lidar com a violência doméstica e o machismo. Dessa orientação sairão uma agenda de trabalho com oficinas para os homens e mulheres na tentativa

de dirimir a violência, empoderar e unir as mulheres. E por fim, planejar um novo encontro em 2025 para avaliar e repactuar as ações, mantendo a interação entre as pessoas, os territórios e os projetos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A interseccionalidade de raças, identidades de gênero, sexualidades, idades, culturas e subjetividades são como constelações, como diz Krenak (3) e completa “O fato de podermos compartilhar esse espaço, [...] não significa que somos iguais; significa exatamente que somos capazes de atrair uns aos outros pelas nossas diferenças, que deveriam guiar o nosso roteiro de vida”.

A partir desse trabalho se pode compreender que a junção e as discussões promovidas por esse encontro, a partir da cosmologia da ancestralidade e do Bem Viver, constituíram um ambiente de troca significativas onde cada grupo participante colaborou e pôde refletir sobre como seguir na luta por reparação e superação das iniquidades nos territórios distintos. Mas sobretudo de como, o poder do fazer coletivo, as práticas ancestrais e diaspóricas e as relações comunitárias podem transformam e adiar o fim do mundo (3).

REFERÊNCIAS

- (1) Akotirene C. Interseccionalidade (Feminismos Plurais). São Paulo; 2019.
- (2) Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. 1. ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2020.
- (3) Sena FMR. Mulheres negras: tramando resistências e liberdade no Ceará. In: Sacramento D et al, organizador. Insubmissão intelectual de mulheres negras. Salvador: Rosa Luxemburgo; 2021.

A MOBILIDADE ATIVA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM SUA INTERFACE COM A DETERMINAÇÃO SOCIAL

Fernando Junio Antunes de Oliveira Cruz¹

Maelison Silva Neves

Propõe-se a partir deste ensaio teórico discutir sobre a mobilidade ativa – entendida como a caminhada, ciclismo ou deslocamento que necessite de propulsão humana – em sua relação com a promoção da saúde sob a ótica da determinação social, evidenciando o processo de urbanização da cidade como elemento central condicionante para essa prática. Busca-se salientar que as questões relacionadas à mobilidade das pessoas não se resumem a criar estruturas físicas que favoreçam o deslocamento, mas, sobretudo, a um contexto complexo permeado por historicidade e relações socioeconômicas de tensionamento que de algum modo impactam fortemente o planejamento urbano, a vida das pessoas e suas possibilidades de acesso e usabilidade da cidade.

O formato em que as cidades se encontram organizadas estruturalmente constituiu-se a partir de uma lógica de produção e reprodução social, de tal forma que as transformações dos espaços urbanos ocorridas ao longo da história se deram em meio a processos políticos e econômicos da sociedade. Desse modo, no caso da sociabilidade capitalista, o ordenamento da urbanização foi desencadeado pelas grandes reformas que visavam atender aos objetivos da industrialização, provocando modos de ocupação do espaço permeados por diferenciação socioeconômica e funcional, desencadeando alta densidade e concentração de pessoas que, em função das suas disposições na cidade, obteriam ou não determinados acessos devido a sua classe^{1,2}.

Vale ressaltar que o planejamento urbano, o senso de pertencimento aos espaços das cidades e à comunidade, a sensação de segurança, a existência de infraestruturas para as diversas possibilidades de deslocamentos e práticas corporais, são elementos interligados que podem favorecer a promoção da mobilidade ativa e consequentemente, a saúde humana. Note-se que, nesse caso, tal planejamento precisa estar orientado para o atendimento das necessidades humanas (valores de uso).

Porém, a urbanização das cidades capitalistas não considerou tais valores em seu processo de planejamento, ignorando a usabilidade dos espaços em seu potencial para o desenvolvimento da sociabilidade e da saúde urbana, coletiva e individual; a funcionalidade dessas cidades para a acumulação de capital favoreceu o agravamento de iniquidades sociais, dificultando o acesso a práticas, espaços e serviços essenciais para a saúde, consequentemente, diminuindo o bem-estar urbano³.

No âmbito das relações entre urbanização e saúde, surgem estudos focados na mobilidade ativa como promotora de saúde. Contudo, muitos desses estudos focalizam apenas o comportamento individual das pessoas, ignorando aspectos estruturais da sociedade. Se por um lado, o planejamento urbano, o senso de pertencimento aos espaços das cidades e à comunidade, a sensação de segurança, a

1 Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: cruzoliveirafernando@gmail.com

existência de infraestruturas para as diversas possibilidades de deslocamentos e práticas corporais, são elementos interligados que podem favorecer a promoção da mobilidade ativa. Por outro, o crescimento urbano acelerado e sem planejamento pode ocasionar a uma perda de função ecológica dos espaços, impactando na redução das áreas verdes pelas ocupações públicas e privadas, gerando redução da qualidade de vida humana e urbana, reduzindo e impossibilitando o direito à cidade a grupos específicos, marginalizando cidadãos e fortalecendo as disparidades presentes nas funções da sociedade^{1,4}.

É inegável a importância de centralizar as pessoas enquanto agentes de mudança do processo de ordenação urbana, por meio da participação social no planejamento urbano, visando subverter a lógica capitalista e gerar cidades mais humanas e saudáveis, logo, a mobilidade ativa nos ajuda a pensar a organização da cidade com foco nas pessoas e em suas demandas coletivas em seu território, entretanto, a lógica atual do desenvolvimento econômico capitalista das cidades neutraliza a humanidade e gera desigualdades. Nesse frente, a mobilidade ativa possibilita e propõe um olhar ampliado sobre como as pessoas podem utilizar e se relacionar com os espaços urbanos, seja em suas rotinas de vida, trabalho e lazer, seja no acesso às ações e serviços básicos inerentes a elas e, adicionalmente, para a promoção de sua saúde e qualidade de vida humana e urbana⁵.

Contudo, sem o alcance das condições mínimas de existência, como educação, alimentação adequada, renda, além do acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, moradia, transporte público de qualidade há uma impossibilidade de se desenvolver práticas promotoras de saúde. Estes elementos atravessam a mobilidade ativa, seja pela condição física e nutricional dos sujeitos para as práticas; no potencial efeito para a saúde, sociabilidade e sustentabilidade; nos possíveis malefícios associados a exposição a clima ambiental sem redes ou estruturas de apoio, arborização, pontos de hidratação e percepção da segurança pública da região; na (in)existência, localização e (in)disponibilidade de equipamentos e estruturas públicas nas cidades; e no impedimento de acesso e usabilidade da cidade, devido a segregação e desigualdades socioespaciais.

Em conclusão, para que seja promotora de saúde, a mobilidade ativa requer condições estruturais do espaço urbano orientadas pelos valores de equidade, justiça social e direito à cidade. Nessa perspectiva, a partir da determinação social da saúde, deve-se ir além das dimensões biopsíquicas nos estudos desse campo, é necessário integrar dialeticamente com as questões biológicas, ambientais, sociais, analisando criticamente os limites da sociabilidade capitalista que favorece o desenvolvimento econômico em detrimento do humano e que condiciona fortemente a vida de determinados grupos a uma condição não saudável.

Entende-se a necessidade de buscar recursos e estratégias que fortaleçam as discussões sobre a mobilidade ativa em sua complexidade, incentivem a participação social nesses processos e denunciem as iniquidades estruturais do ordenamento da cidade que impedem o acesso das pessoas, especialmente, encorajar movimentos que questionem o modelo político-econômico visando uma mudança de paradigma.

REFERÊNCIAS

- (1) Melo LLF, Bezerra RG. A cidade disfuncional: as referências cambiantes da vida urbana contemporânea. *Conhecer: debate entre o público e o privado*. 2015;5(14):29-47.
- (2) Domingues LCSM; Cavallazzi RL. Saúde urbana, direito à cidade e as comunidades de Manguinhos no Rio de Janeiro. *História, ciências, saúde-Manguinhos*. 2023;30:e2023063.
- (3) De Sousa GR; Gallo D. Desigualdades socioespaciais urbanas: impactos nas percepções da dimensão humana da cidade. *Vernáculo-Territórios Contemp*. 2024;2(6).
- (4) Dimenstein M, Siqueira K. Urbanização, modos de vida e produção da saúde na cidade. *Ecos-estudos contemporâneos da subjetividade*. 2020;10(1):61-73.
- (5) Carvalho CHR, Vasconcelos EA, Galindo E, Pereira RHM, Lima Neto VC. A mobilidade urbana no Brasil. Brasília, DF: IPEA. 2011. (Texto para discussão, n. 94).

A MORBIDADE ASSOCIADA À VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA APRESENTADA NOS DISTÚRBIOS CIRCULATORIOS

Pâmela Ramos Januário¹

Paula Soares Brandão

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a violência como “O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” [1]. Nesse sentido, a violência comunitária tem como característica a impossibilidade de estabelecer um vínculo familiar ou de parceiro íntimo entre o perpetrador e a vítima de violência [1].

A violência tem manifestações distintas como criminal, estrutural, de espaços sociais e trata-se de um fenômeno biopsicossocial, visto que, não se pode dissociá-la do contexto ambiental, histórico e econômico [1]. O conceito de morbidade por violência foi descrito por Minayo (1994) como traumas físicos, psicológicos ou morais que sejam decorrentes da exposição ou vivência da violência [2]. Dessa forma, a morbidade por violência, deve considerar a determinação social da saúde—com suas implicações históricas, ambientais e econômicas no âmbito biológico—especialmente no contexto da América Latina, um território marcado pelas guerras urbanas motivadas pelo narcotráfico e guerras políticas em territórios indígenas [3].

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo descrever as evidências disponíveis na literatura sobre a morbidade associada à violência comunitária nos distúrbios circulatorios.

METODOLOGIA

Este resumo faz parte de uma pesquisa desenvolvida através de uma revisão integrativa de literatura conforme o método proposto por Mendes et al. A pergunta de pesquisa utilizada foi “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a morbidade associada à violência comunitária apresentada na Atenção Primária em Saúde?”, elaborado através do acrônimo PICO, onde População (P) refere-se a “População atendida pela APS”, Fenômeno de Interesse (I) refere-se a “Morbidade por Violência Comunitária” e o Contexto (Co) refere-se a Atenção Primária à Saúde.

Foram utilizadas as bases de dados e portais MEDLINE/PUBMED, Biblioteca Virtual de Saúde–BVS, Web of Science–WOS, Scientific Electronic Library Online–SciELO e Scopus e

selecionados descritores em português a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e na língua inglesa Medical Subject Headings (MeSH). Para cada base de dados foi formulada um *string* individual utilizando uma combinação dos descritores e dos operadores booleanos AND, OR e AND. Os critérios de inclusão foram artigos gratuitos em português, inglês e espanhol, entre 2014 a 2024 e de exclusão teses, dissertações e artigos duplicados.

RESULTADOS

Após a busca nas bases, foram selecionados dezessete artigos e após a leitura a análise quarenta e duas unidades de significado (US), distribuídas quatro categorias finais: Saúde Mental, Distúrbios Circulatórios, Distúrbios Respiratórios e Distúrbios Metabólicos. A categoria abordada neste trabalho traz onze US distribuídas em duas categorias iniciais: hipertensão e eclâmpsia.

A hipertensão tem um papel relevante dentre os agravos ligados à violência comunitária e Tung et al (2018) apresentam resultados sobre piores desfechos de controle pressórico nas localidades afetadas [4]. Através de um estudo de mapeamento foi observado que habitantes próximos de crimes violentos são maioria nos diagnósticos de hipertensão. Este desfecho é mais enfático em mulheres adultas visto que a sensação de insegurança as torna menos engajadas em atividades físicas.

Ainda, Jebiril et al (2023) traz que durante a assistência de adultos vivendo em Gaza foi constatado que a exposição recorrente a eventos traumáticos, como o contexto de guerras, está ligada ao aumento crônico da pressão arterial sistólica e diastólica. Em mulheres, durante a gestação, esse risco pode ser relacionado com eclâmpsia e pré-eclâmpsia [5]. Durante a guerra Nagorno-Karabakh, foi observado um aumento desses casos, especialmente desde o ano de 2016, momento de intensos conflitos na Armênia [6]

Comunidades marcadas pela violência frequentemente apresentam uma menor disponibilidade de alimentação saudável e de horários compreendidos como seguros para o autocuidado da população [7]. Dessa forma, considerando que mudanças no estilo de vida são estratégias importantes para desenvolvimento do autocuidado para pessoas hipertensas, estes cenários restringem as opções de cuidado para melhores desfechos de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, foi possível traçar correlações clínicas e geográficas entre quadros de elevação de pressão arterial e agudização dos casos de hipertensão arterial sistêmica com regiões de conflitos violentos. Ainda, pode ser observado que a morbidade por violência comunitária afeta diversos ciclos de vida, embora o público feminino seja desproporcionalmente acometida, o que pode repercutir em piores desfechos clínicos. As evidências coletadas contribuem com o campo da saúde pública ao trazer um cenário epidemiológico que evidencia o prognóstico da população exposta e vitimizada pela violência.

REFERÊNCIAS

- (1) Krug EG et al. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
- (2) Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública.1994;10:S7–18.
- (3) Rettberg A. Violencia en América Latina hoy: manifestaciones e impactos.Rev. Est. Sociales. 2020;1;73(73):2–17.
- (4) Tung EL et al. Police-Recorded Crime and Disparities in Obesity and Blood Pressure Status in Chicago. J Am Heart Assoc. 2018;7(7):e008030.
- (5) Jebril M et al. Association between war-related traumatic events and blood pressure trajectory: a population-based study among the mid-aged and older Palestinian adults living in Gaza. Frontiers in Pub. Health. 2023;15;11.
- (6) Rostomian L, et al. Effects of armed conflict on maternal and infant health: a mixed-methods study of Armenia and the 2020 Nagorno-Karabakh war. BMJ.2023; 1;13(12):e076171–1.
- (7) Lunyera J et al.Association of Perceived Neighborhood Health With Hypertension Self-care. JAMA Network.2023;6(2):e2255626.

A PANDEMIA DE COVID-19 E AS EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES INDÍGENAS NO CURSO DE MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DE SÃO PAULO

Raniel Martinha de Souza¹

Julia Martins da Conceição

Willian Fernandes Luna

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Considerando o contexto de questões interculturais na atenção à saúde dos indígenas no Brasil, historicamente há pouco acesso para que indígenas adentrem o ensino superior como universitários [1], o que dificulta a formação de profissionais da saúde que sejam destas comunidades. Quando tomamos as escolas médicas, a presença de indígenas torna-se ainda mais ínfima. O ingresso de estudantes indígenas no ensino superior tem sido um processo lento, sendo a Constituição Federal de 1988 um marco para garantia desse direito [2]. Nesse sentido, ao longo das duas primeiras décadas do século XXI algumas políticas favoreceram a presença de indígenas no ensino superior. Durante a pandemia de Covid-19 alguns fatores podem ser considerados como agravantes na qualidade da saúde de estudantes de graduação [3]. Todavia, não há estudos publicados especificamente sobre os indígenas estudantes do curso de medicina durante a pandemia, sendo essas experiências ainda pouco investigadas. Portanto, várias perguntas provocaram a construção dessa pesquisa, tais como: como foi a experiência dos estudantes indígenas durante a pandemia? Como foi o retorno presencial? Se envolveram em projetos que favorecessem a saúde de suas comunidades de origem? Enfrentaram dificuldades devido distanciamento dos familiares? Como foram suas relações interpessoais com outros estudantes e professores do curso de medicina?

OBJETIVO

Compreender as vivências e experiências dos indígenas do curso de medicina de uma universidade pública do interior de São Paulo durante a pandemia da Covid-19; Levantar as dificuldades vivenciadas, as estratégias utilizadas para sua superação; Descrever as vivências no retorno das atividades presenciais; Identificar se houve possibilidade dos estudantes indígenas se envolverem em projetos e ações que respondessem às necessidades de saúde de suas comunidades de origem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. Realizou-se mapeamento de todos os indígenas que cursaram medicina nesta universidade durante o período da pandemia de Covid-19, de março de 2020 a março de 2023. Para isso, foi realizado levantamento de documentos

1 Universidade Federal de São Carlos. E-mail: ranielsouza@estudante.ufscar.br

com a Pró-Reitoria de Graduação, Coordenadoria de apoio pedagógico e a Secretaria do Curso de Medicina. Foi realizado convite para participação no estudo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com roteiro preestabelecido. Foi realizada 01 roda de conversa, no formato online, com todos os participantes da pesquisa, a fim de trazer mais riqueza ao material, incluindo narrativas e compreensões que ainda não tinham sido apresentadas. Todas as entrevistas e a roda de conversa foram gravadas e em seguida transcritas, sendo garantido sigilo pela codificação dos nomes e outros dados, além de descartados os áudios depois de transcritos. O material passou pelo processo de análise de conteúdo temática. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Durante o período da pandemia, foram 06 os estudantes indígenas que cursaram medicina na instituição. Todos ingressaram por meio da vaga no vestibular específico para povos indígenas, sendo cada estudante de uma etnia diferente. Todos os 06 estudantes foram entrevistados. A partir da análise temática de conteúdo do material das entrevistas e da roda de conversa foram construídas 04 categorias e seus respectivos núcleos de sentido: Categoria 01—O início da pandemia de Covid-19: das incertezas às possibilidades preliminares. O Início da pandemia e as questões pessoais envolvidas nesse processo trouxeram dificuldades enfrentadas no curso durante esse período, mas também medos e incertezas inerentes da pandemia. Realizaram atividades não curriculares, como extensão e participação em ligas acadêmicas. Categoria 02 - Relações interpessoais construídas durante a pandemia de Covid-19. Descreveram a importante relação comunitária com outros indígenas do curso de medicina, bem como as relações familiares. As relações com outros colegas, dentro e fora do curso, foram também fortalecedoras nesse período. Categoria 03—Houve diversas mudanças com o retorno das atividades presenciais, com adaptações nas atividades curriculares, inclusão de atividades à distância, trazendo vivências difíceis no retorno presencial. Categoria 04—Projetos realizados com povos indígenas durante a pandemia de Covid-19. Descreveram atividades desenvolvidas em comunicação social no combate a *fake news* em saúde indígena. Desenvolveram pesquisas científicas e participaram em eventos acadêmicos com apresentação de trabalhos relacionados aos povos indígenas. Realizaram atividades de extensão universitária, com desenvolvimento de projetos com saúde dos povos indígenas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, ao analisar as experiências dos estudantes indígenas do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos durante a pandemia de Covid-19 provoca uma reflexão importante sobre as complexas intersecções entre a formação acadêmica, as questões interculturais, as condições de saúde mental e social de direitos historicamente marginalizadas. A pandemia, com suas adversidades, exacerbou as dificuldades enfrentadas por esses estudantes, principalmente no que se refere à adaptação ao ensino remoto, ao distanciamento de suas comunidades e demais mudanças do período. No entanto, o estudo também revela a capacidade desses estudantes de se reinventarem diante das adversidades,

criando estratégias de superação e resiliência, tanto acadêmicas quanto emocionais. Portanto, esta pesquisa não apenas mostra as dificuldades enfrentadas, mas também destaca o processo de luta e construções realizadas e experienciadas por esses estudantes.

REFERÊNCIAS

- [1] Mello RR, Souza MM, Palomino TJ. Indigenous School Education in Brazil. Oxfo. resea. encyc. educ. 2018;1-23.
- [2] Baniwa G. Educação Escolar Indígena no Século XXI: encantos e desencantos. 1. ed. Rio de Janeiro: Mórula; LACED; 2019. 296 p.
- [3] Freitas CA, Arruda GF, Arruda GC, Feitosa SF. Medical students in the COVID-19 pandemic response in Brazil: ethical reflections. Rev. bras. educ. méd. 2021;45(1).

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2021

Monique Rodrigues de Oliveira Silva¹

Marly Marques da Cruz

Roberta Gondim de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pesquisa se deu por meio de um estudo de avaliabilidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no município do Rio de Janeiro, considerando o contexto político e organizacional do período de 2007 a 2021. A PNSIPN representou um avanço do SUS no tocante aos princípios da equidade, universalidade e integralidade. Foi a primeira política pública nacional a reconhecer o racismo na determinação social do processo saúde/doença, sob grande influência do ativismo negro feminino. [1]

No município do Rio de Janeiro, o II Seminário de Promoção da Saúde: Equidade em Saúde da População Negra, em 2006, realizado em parceria com a ONG Criola, inaugurou as ações locais voltadas à saúde da população negra.

OBJETIVO

Realizar um estudo de avaliabilidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2007 e 2021. Elaborar um modelo lógico da PNSIPN no município do Rio de Janeiro; Descrever os principais atores envolvidos com a defesa da saúde da população negra. Caracterizar o contexto político-organizacional de implementação da PNSIPN/RJ.

METODOLOGIA

Pesquisa avaliativa do tipo Estudo de Avaliabilidade, com abordagem qualitativa. Um estudo de caso, com foco na análise descritiva e exploratória da PNSIPN no município do Rio de Janeiro. A revisão bibliográfica ocorreu na plataforma Scielo, com os descritores Racismo, Iniquidade Étnica, Avaliação em Saúde. A análise documental se deu em sites oficiais: Ministério da Saúde, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Drive do CTSPN.

RESULTADOS

Não foi identificada a adesão, pela Prefeitura do Rio de Janeiro, à saúde da população negra. A PNSIPN não foi incorporada à agenda governamental, ao longo do período estudado, na medida em que não foi incluída, sistematicamente, nos Planos Plurianuais, Municipais de Saúde e Leis Orçamentárias—

demonstrando falta de vontade política em relação ao enfrentamento da iniquidade racial oportunizada pelo racismo institucional. Os movimentos sociais negros organizados, em articulação com Institutos de Pesquisa e Ensino, tiveram uma participação importante para alguns avanços relacionados à regulamentação do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários municipais e à inclusão de submetas da Saúde da População Negra no Plano Municipal de Saúde (2009-2013). Contudo, as ações estratégicas direcionadas à equidade racial na saúde não receberam sustentabilidade orçamentária persistente, evidenciando a prática institucional brasileira de secundarização da Saúde da População Negra. [2-4]. O Comitê Técnico de Saúde da População Negra, espaço de participação social, controle social, com composição paritária entre as secretarias da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e a sociedade civil, foi a instância na qual estiveram reunidos os principais atores pela defesa da equidade racial na saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo de avaliabilidade demonstrou a viabilidade da avaliação da PNSIPN no município do Rio de Janeiro, chamando atenção para pontos sensíveis: a) a inclusão da SPN no orçamento municipal (PPA, PMS, LDO); b) a urgência do enfrentamento do racismo institucional; c) a promoção da gestão participativa das ações voltadas à SPN.

O racismo institucional foi identificado como grande entrave para a saúde da população negra carioca. Em relação aos processos de gestão participativa, transparência e controle social, funções centrais do Comitê Técnico da Saúde da População Negra, apontamos a necessidade do seu fortalecimento, mediante ao seu reconhecimento enquanto componente da gestão, no âmbito da SMS.

REFERÊNCIAS

- [1] Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [Internet]. Julho a setembro de 2016; 25(3):535–49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.
- [2] Carneiro S. *Racismo e Sexismo e Desigualdade no Brasil*. 8. ed. São Paulo: Selo Negro Edições, 2011.
- [3] Araújo MVR, Teixeira C F. *As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014)*. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: EDUFBA; 2016.
- [4] Batista LE, Barros S, Silva NG, Tomazelli PC, Silva A da, Rinehart D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde e Sociedade*. 2020;29(3):e190151. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151>.

A PRODUÇÃO DA ANSIEDADE EM JOVENS: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Andressa Ribeiro¹

Melissa Rodrigues de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde aponta que cerca de 4% da população mundial é afetada pelos transtornos ansiosos, caracterizando o transtorno com maior prevalência no mundo, com aumento significativo após o período pandêmico. Na realidade brasileira, o Brasil lidera o ranking de países com a maior taxa de ansiedade, com cerca de 9,3% da população afetada, somando mais de 18 milhões de pessoas [1], dos quais uma parcela significativa são jovens.

Diante desse cenário, a ansiedade tem sido compreendida hegemonicamente a partir da perspectiva biomédica, orientada pelo Manual Diagnóstico em Psiquiatria, o DSM. O manual que estabelece os critérios definidores dos ditos transtornos de ansiedade, relacionados à resposta de medo e ansiedade excessivas, junto de perturbações comportamentais. [2]

Diante da insuficiência das leis biologicistas na explicação de tais fenômenos, torna-se fundamental a compreensão de juventude no interior da dinâmica do desenvolvimento humano. De acordo com a Psicologia Histórico-Cultural, esse período é orientado pela atividade principal, composta pela contradição central entre a atividade produtiva e a atividade profissional de estudo, marcada pelas questões de classe-raça-gênero. [3]

OBJETIVO

Tendo isso em vista, o presente trabalho objetivou analisar a determinação social da ansiedade em jovens na realidade brasileira, investigando os processos críticos, destrutivos e protetores, constituintes dos modos de vida da juventude relacionados a essa forma de sofrimento psíquico.

METODOLOGIA

Para tanto, o presente trabalho fundamentou-se nos referenciais da teoria da determinação social do processo saúde-doença e nos pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural, orientados pelo método do materialismo histórico-dialético. Para a análise, utilizou-se a matriz de processos críticos estabelecida por Breilh, que tem como base a epidemiologia crítica. Essa ferramenta de análise possibilita conhecer o fenômeno em sua totalidade, além de sua aparência imediata, em busca de sua gênese social, isto é, permite um olhar para a saúde de maneira íntegra e enquanto processo, resgatando sua historicidade e movimento. [4]

1

Universidade Federal do Paraná. E-mail: andressa.ribeiro1010@gmail.com

Dessa forma, foram identificados os processos críticos conforme as dimensões da vida produtiva; da vida de consumo e cotidiano; da relação com o ambiente; da vida política e da vida ideológica, respectivamente [4]. Estas, por sua vez, articuladas com as questões de gênero, raça e classe envolvidas na determinação do sofrimento psíquico da ansiedade em jovens.

RESULTADOS

Como principais resultados na determinação da ansiedade em jovens, na primeira e mais central dimensão, da vida produtiva, destacam-se as condições e o cerceamento de possibilidades de estudo e trabalho dos jovens. Os dados mostram que desde os últimos anos da educação básica, os jovens se deparam com um contexto de flexibilização do estudo e trabalho, com exigências de adaptabilidade e multifuncionalidade. Sob a lógica hegemônica resultante da dinâmica capitalista, a responsabilidade recai em um processo de individualização da formação [5]. Além disso, aos jovens se destinam as ocupações mais precarizadas, com menor estabilidade, junto do risco do desemprego. Esses elementos aparecem como processos destrutivos da saúde mental, pois constituem vivências de preocupação excessiva, pressão social, insegurança e isolamento. [6]

Na dimensão de consumo e cotidiano, o contexto familiar se estabelece pela contradição entre busca por autonomia e dependência financeira, adquirindo facetas mais ou menos destrutivas. Os vínculos e grupalização entre jovens sofrem impactos do período de isolamento pós pandemia e pela mediação massiva das redes sociais.

Na relação com o ambiente, se destaca a compressão do tempo-espço sob o capital, com aceleração do ritmo, intensificação etc., cujas implicações a nível individual envolvem diferentes esferas da vida [6] e contribuem na produção da ansiedade, inclusive com preocupações decorrentes da crise climática, por exemplo.

Na vida política, ressaltam-se as políticas públicas e movimentos críticos construídos pela juventude, que podem constituir importantes processos protetores da saúde mental. Por outro lado, a vida ideológica vem sendo permeada pelo avanço da extrema direita e de concepções opressivas relacionadas ao racismo e misoginia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

De modo geral, compreende-se que os processos críticos destrutivos da saúde mental de jovens aparecem com mais peso do que os protetores, e a ciência biomédica tem despendido esforços na medicalização desses processos, cumprindo o papel de naturalização desse sofrimento [7].

As condições sociais próprias do modo capitalista de produção provocam o esvaziamento da atividade da juventude, de modo que uma série de necessidades podem não ser objetivadas, produzindo sofrimento. Assim, a manifestação de emoções pouco compreendidas, como a ansiedade, está relacionada às inúmeras privações impostas pelo capitalismo, que mina as potencialidades da

genericidade [7] e as perspectivas de futuro de jovens. Logo, enfatiza-se a necessidade da construção de formas coletivas para lutar contra a ordem social vigente que impõe obstruções às diferentes dimensões da vida, não somente dos jovens, mas da classe trabalhadora como um todo.

REFERÊNCIAS

- [1] WHO. Mental health and substance use in the world. Geneva; 2017.
- [2] APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre; 2023.
- [3] Abrantes AA, Bulhões L. Idade adulta e o desenvolvimento psíquico na sociedade de classes. Martins LM, et al. Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico. Campinas: Autores Associados; 2016.
- [4] Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- [5] Fagiani CC, Previtali FS. O jovem trabalhador no Brasil e a formação para o trabalho precário. In: Antunes R. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV. São Paulo; 2019.
- [6] Viapiana VN. A depressão na sociedade contemporânea: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença [dissertação]. Curitiba: UFPR; 2017.
- [7] Andrade Filho JAL. A produção social dos transtornos de ansiedade [dissertação]. Campo Grande: UFMS; 2022.

A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE MASCULINIDADES E PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA

Itamar de Almeida Carneiro¹

Denise Nacif Pimenta

Marcos Antônio Ferreira do Nascimento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O debate sobre masculinidades e cuidado à saúde de homens tem se tornado uma prioridade no contexto global. Este tema começou a ganhar espaço na agenda política a partir da formulação de uma diretriz pioneira na Irlanda que adotou a primeira Política Nacional de Saúde Masculina em 2008 [1]. No Brasil, o tema ganhou espaço na arena a partir de 2008, demonstrando a preocupação com a elevada morbidade dessa população e a ausência ou insuficiente adoção de práticas de cuidado .

Tais práticas são permeadas por influências de construções culturais e de estereótipos de gênero, notadamente vinculadas as ideias naturalizadas de uma certa viralidade e de que os homens “não se cuidam”, além dos dispositivos de sexualidade que confere ao homem uma posição de “agressivo” por natureza [2].

Essa naturalização parece afastar os homens das práticas de cuidado em saúde, adotando posturas de maior exposição à riscos. Com isso, as propostas de intervenção e as pesquisas com homens jovens e adultos sobre a maneira como a construção da masculinidade está relacionada à saúde de uma forma geral, bem como as práticas de violência contra a mulher são essenciais para a formulação de políticas e intervenções efetivas [3].

O presente relato de experiência investiga a produção de sentidos no cotidiano de homens autores de violência contra a mulher sobre masculinidades e práticas de cuidado à saúde no contexto do ambulatório.

OBJETIVO

O objetivo deste relato de experiência é analisar e compreender os processos de construção de sentidos sobre masculinidades e práticas de cuidado à saúde no cotidiano de homens autores de violência contra a mulher no interior da Bahia, investigando as dinâmicas sociais, culturais e psicológicas que influenciam atos performativos do gênero.

METODOLOGIA

O relato de experiência sobre a produção de sentidos sobre masculinidades e práticas de cuidado à saúde no cotidiano de homens autores de violência contra a mulher no interior da Bahia envolveu

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: Itamar.almeida@live.com

uma análise com homens de comunidades rurais e urbanas no município de Alagoinhas-BA. Procurou-se compreender as dinâmicas sociais que influenciam atos performativos do gênero.

A experiência contou com a participação de 22 homens maiores de 18 anos em cumprimento de Medida Protetiva de Urgência, encaminhados pela 2ª Vara Criminal e de Violência Doméstica da comarca para a policlínica municipal entre os meses de julho e outubro de 2024 onde foram realizados acolhimentos, coleta de dados sociodemográficos, dados de identificação pessoal e relatos acerca do sistema familiar, bem como históricos de violência transgeracional e adoção de práticas de cuidado.

Os atendimentos foram conduzidos por um profissional do nível superior em psicologia e esse relato de experiência como extrato de produção de conhecimento considera as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução Nº 510/2016-CNS que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, sem revelar dados que possam identificar os participantes.

RESULTADOS

Para aportar esse relato de experiência foi essencial compreender as concepções de masculinidade predominantes nessas localidades que referem a modelos masculinos tradicionais, em que a autoridade sobre as mulheres é vista como uma característica essencial para o papel de provedor e protetor. Nesse contexto, o uso da violência física ou psicológica, muitas vezes foi naturalizado e associado a um suposto direito de controle sobre as parceiras, que são vistas, por eles, como responsáveis pela manutenção da harmonia familiar.

Os dados sociodemográficos revelam que um perfil onde a maioria dos participantes possuíam ensino fundamental incompleto, passando pelo superior até pós-graduação *latu sensu*, com faixa etária variando entre 29 e 62 anos, uma renda que varia de meio salário mínimo R\$ 706,00 até 7,08 salários-mínimos R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Possuem pelo menos 1 filho e demonstra uma heterogeneidade nas suas ocupações, através de trabalho do mercado formal com registro em carteira assinada ou informal, aposentados, concursados públicos da carreira militar, empresários, entre outras ocupações.

A escuta permitiu compreender as influências do contexto cultural e econômico da região em que muitos homens que participaram dessa experiência foram criados em ambientes onde as normas de gênero são rígidas e a violência é frequentemente observada. Além disso, a prática de cuidado a saúde está associada a ideia de não adoecimento, alinhado a um certo discurso de “virilidade”. A adoção dessas práticas está associada a uma reflexão construcionista explicitada por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem [4]. Isso contribui para a internalização de tais comportamentos, dificultando a reflexão sobre as consequências de suas ações para as mulheres, para si mesmos e para a sociedade em geral.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência revelou que a falta de acesso a programas de educação sobre igualdade de gênero e a limitação de recursos para o atendimento psicossocial contribuem para a perpetuação de ciclos de violência já que os homens não foram socializados a refletirem sobre a manutenção dos exercícios e relações de poder, mantendo e defendendo um lugar hierárquico superior às mulheres.

Porém, durante os atendimentos, alguns homens revelaram momentos de reflexão que indicaram o desejo e possibilidade de transformação, reconhecendo que o modelo de educação parental cobrou posicionamentos e performances de gênero mais rígidas consigo e com os outros.

Estratégias de reintegração social, acompanhamento terapêutico e programas de sensibilização são fundamentais para que os homens consigam desconstruir padrões violentos e desenvolvam novas formas de convivência familiar mais equitativas e respeitosas, além da autorresponsabilização e ser visto como parte do enfrentamento da violência de gênero.

REFERÊNCIAS

- [1] Richardson N, Carroll P. National Men's Health Action Plan Healthy Ireland-Men HI-M 2017-2021: Working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing. 2016.
- [2] Valadares V, Zanello V, Oliveira S. Autodesresponsabilização na violência contra as mulheres: interpretações, motivos e justificativas de homens agressores no DF. In: Beiras A et al, editores. Grupos para homens autores de violência contra as mulheres no Brasil: perspectivas e estudos teóricos. Florianópolis: Academia Judicial; 2022. p. 123-145.
- [3] Nascimento M, Segundo M, Barker G. Homens, masculinidades e políticas públicas: aportes para equidade de gênero. Geneva: WHO, Promundo; 2009.
- [4] Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.

A RELAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E OBESIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Luana Teixeira Ghiggino¹
Larissa Brillo Nunes Rúbio
Eloah Costa de Sant'Anna Ribeiro
Talita Barbosa Domingos
Rosana Salles-Costa
Aline Alves Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar (IA) é caracterizada pela incerteza ou limitação no acesso a uma alimentação saudável e adequada [1]. Apesar de ser comumente associada a desnutrição, estudos apontam que a IA é fator de risco para o sobrepeso e obesidade em muitos países, incluindo o Brasil [1,2]. No entanto, dados municipais sobre essa relação ainda são pouco explorados.

Famílias em IA adotam uma alimentação com maior aquisição de alimentos ultraprocessados, que são mais baratos e facilmente disponíveis, principalmente em áreas periféricas [1,2]. Como resultado, a IA tem sido associada ao aumento de doenças crônicas, criando um cenário onde a escassez de alimentos coexiste com a obesidade [1].

Nos últimos anos, houve um aumento expressivo das taxas de excesso de peso, particularmente entre adultos em todas as regiões do país [3]. O município do Rio de Janeiro é marcado pela sua heterogeneidade social, econômica e geográfica. Em 2024, a cidade tinha cerca de 2 milhões de cariocas em IA, sugerindo que a relação da IA e obesidade possa ser ainda mais complexa [4].

Diante do aumento das prevalências da IA e obesidade nos últimos anos e da sua magnitude para a saúde pública, há uma necessidade de compreender essa relação, sobretudo um dos municípios mais heterogêneos e com grande destaque socioeconômico do país.

OBJETIVO

Analisar a ocorrência e distribuição dos níveis de IA e obesidade nos chefes de famílias adultos no município do Rio de Janeiro, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com dados do I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro (2023-2024). Considerou-se os dados dos chefes das famílias com idade de 20 a 59 anos (n=1.024).

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com base no peso e altura autorreferidos,

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: ghigginoluana@gmail.com

sendo classificado em eutrófico (IMC 18,5-24,9kg/m²), sobrepeso (IMC 25-29,9kg/m²), e obesidade (IMC≥30,0kg/m²). O baixo peso não foi incluído devido a baixa amostragem (1,7%).

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar foi utilizada para classificar os domicílios em segurança alimentar (SA), IA leve e IA moderada/grave. As gestantes foram excluídas do estudo (0,4%). Realizaram-se as prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%), considerando os respectivos pesos amostrais. O comando 'svy' do software STATA 16 foi usado para explicar o desenho amostral complexo. Projeto aprovado em comitê de ética (nº do Parecer: 5.380.885; CAAE: 54473421.6.0000.5257).

RESULTADOS

Em relação à adequação do peso, 40,6% das chefias de família estavam em eutrofia, 38,7% com sobrepeso e 20,8% em obesidade. Já em relação a SA e os níveis de IA, 69,5% das chefias se encontravam em SA, 17,1% em IA leve e 13,4% em IA moderada/grave.

A relação da IA e obesidade se demonstrou presente nas chefias de família cariocas. A maior proporção das chefias em SA estava nas categorias de eutrofia (42,0%, IC95% 38,0-46,2). A IA leve foi mais prevalente entre as chefias em eutrofia (38,4%, IC95% 30,5-47,1) e naquelas com sobrepeso (33,0%, IC95%25,6-41,3). Enquanto a IA moderada/grave foi maior nas chefias com sobrepeso (35,5% IC95%26,6-45,6) e obesidade (29,1%, IC95%20,9-38,9). Todos os resultados foram associados significativamente (p<0,05).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A IA pode ser um fator de risco importante para a obesidade, revelando um grande problema de saúde pública no Rio de Janeiro. Embora tradicionalmente tratadas como questões separadas, a natureza interligada desses problemas exige que políticas de segurança alimentar e nutricional sejam integradas a estratégias de prevenção à obesidade, abordando os fatores sociais e econômicos que dificultam o acesso a uma alimentação saudável para a população.

REFERÊNCIAS

- [1] Dhurandhar EJ. The food-insecurity obesity paradox: A resource scarcity hypothesis. *Physiol Behav.* 2016;162:88-92.
- [2] Domingos TB, et al. Sex differences in the relationship between food insecurity and weight status in Brazil. *Br J Nutr.* 2023;129(2):345-51.
- [3] Brasil. 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, DF: Ministério da Saúde; 2023.
- [4] Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Frente Parlamentar contra a Fome e Miséria no Município do Rio de Janeiro. I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: INJC/UFRJ; 2024.

A RELAÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA A SAÚDE MENTAL DA MULHER

Larissa Coelho Sampaio¹

Marcela Aparecida Alvarez Ferraz

Késsia Giovanna Bresques Azarias

Gabrielly Mariane Martins Ribeiro

Emiliana Cristina Melo

Ana Lúcia De Grandi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Entender a saúde mental como algo que envolve o corpo, as emoções e a forma como o ser humano interage em sociedade é fator fundamental na compreensão da importância de manter o autocuidado. A saúde mental pode ser considerada um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade^[1]. Assim, pode ser promovida através de fatores como o autocuidado, o qual é compreendido pelo ato de cuidar de si mesmo, buscando suprir as necessidades do corpo e da mente a partir da adoção de hábitos saudáveis. O autocuidado não é sinônimo de egoísmo, mas sim de amor próprio e cuidados básicos necessários para desenvolver uma vida mais saudável^[2].

Todavia, observa-se o quão impactante é a dupla jornada de trabalho na vida das mulheres, que além de realizarem suas atividades fora de casa, mantêm uma rotina exaustiva no serviço doméstico. Grande parte das mulheres não possui “tempo” para o autocuidado ou para acessarem os serviços de saúde mental, pois seus afazeres domésticos tomam todo o seu tempo diário. Ademais, são comuns queixas de dores físicas, problemas no sono e preocupação excessiva em decorrência do trabalho doméstico^[4]. O autocuidado surge então, como um meio para que a vida se torne equilibrada^[3].

OBJETIVO

Relatar uma atividade de autorreflexão sobre saúde mental e autocuidado realizada com um grupo de mulheres.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, no qual foi realizada uma roda de conversa com mulheres da comunidade local, na Clínica Universitária de Enfermagem e Multiprofissional de um município no Norte do Paraná, conduzida por alunas do 4º e 2º ano de Enfermagem, em conjunto com as professoras orientadoras.

A ação foi dividida em duas etapas. Na primeira, foi desenvolvido um diálogo norteado primordialmente pela questão: “Para você, o que é saúde mental?”, no qual cada uma das integrantes

1 Universidade Estadual do Norte do Paraná. E-mail: larissa.sampaio@discente.uenp.edu.br

do grupo respondeu à pergunta sob sua própria perspectiva. Na segunda etapa, foi apresentado um segundo questionamento: “E o autocuidado, o que significa para você?”, visando instigar a percepção do autocuidado pelas participantes da atividade. Definiu-se o autocuidado e a maneira de incluí-lo na rotina diária das mulheres, sendo observados seus 5 tipos: emocional, físico, intelectual, espiritual e social.

Ao final da roda de conversa, foi entregue uma folha com a imagem de uma mala na qual as mulheres deveriam responder à pergunta “O que carregamos em nossas bagagens?” através de uma escrita ou desenho de suas características pessoais, enfatizando suas potencialidades e fragilidades.

RESULTADOS

Na discussão acerca da importância do diálogo sobre saúde mental ligada ao autocuidado e sua influência sobre fatores biológicos, psicológicos e habilidades emocionais, as mulheres compreenderam o quanto esses aspectos afetam diretamente no desenvolvimento de suas relações interpessoais e em sua rotina. Por meio da atividade desenvolvida as participantes tiveram a oportunidade de interagir entre si e refletir sobre o tema abordado, levando em consideração os desafios vividos no cotidiano de cada uma.

A roda de conversa foi cercada de diálogos e depoimentos feitos pelas participantes. Muitas tiveram a oportunidade de relatar sobre a sua rotina e situações nas quais se enxergavam sob a falta de autocuidado básico, não apenas pela questão estética, mas também psicossocial. Na Atenção Básica, a maior incidência de queixas pelas mulheres quanto ao cansaço e falta de tempo para autocuidado está relacionada à sobrecarga do trabalho e do cuidado com a família, e como isso desencadeia ansiedade, angústia, depressão, entre tantos outros problemas^[4].

Durante a execução da atividade foi possível observar como as mulheres se sentiram à vontade para conversar sobre aspectos pessoais de suas vidas e até mesmo realizar depoimentos necessários e reflexivos umas com as outras. A mulher sente necessidade de se relacionar e conversar, relembrar momentos, não só com a família, mas também com amigas e amigos^[3]. Além disso, vale ressaltar que o bem-estar não depende apenas do aspecto psicológico e emocional, mas também de condições fundamentais como saúde física, apoio e interação social, condições de vida, dentre outros^[2].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A roda de conversa foi essencial para o desdobramento dessa ação, destacando a importância de ambiente seguro, sem julgamentos e com acompanhamento profissional para conversas, depoimentos, partilhas e reflexões para as participantes. Observou-se o quanto fundamental é a criação de diálogos que estimulam o pensamento acerca da condição de saúde, reconhecendo os desafios vivenciados pela mulher e o enfrentamento desta na organização para manter sua rotina de autocuidado.

Evidenciou-se que, a relação entre a saúde mental e o autocuidado está deficiente entre as

mulheres, tornando-se fator de adoecimento. São urgentes e necessárias discussões e estratégias de enfrentamento dentro dos serviços de saúde, os quais são responsáveis por garantir o direito à saúde e bem-estar da mulher.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>
- [2] Girondoli YM, Soares MCR. Autocuidado e qualidade de vida [Internet]. Vitória: Instituto Federal do Espírito Santo; 2023. Disponível em: https://prodi.ifes.edu.br/images/stories/Autocuidado_e_Qualidade_de_Vida.pdf
- [3] Pires FTS, Dias AT, Meleep VCL, Istoe RSC. A importância do autocuidado para a mulher na terceira idade. [Internet]. 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/77311>
- [4] Silva SMP, França MHO, Marques LHO. Mulheres e Saúde Mental: Reflexões a partir da bibliografia e de um relato de experiência. PsicoFAE: Plur em S Mental. 2023;12(2):e432. doi:10.55388/psicofae.v12n2.432.

A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Julia de Andrade Couto¹

Viviane Manso Castello Branco

Francine Thiago Siqueira Sobrinho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nas etapas de formação dos médicos, os estudantes são expostos a severas cargas de tensão, sintomas de depressão e ansiedade e à síndrome do *burnout*. Alunos universitários estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos psicoemocionais^{(2),(3),(4)}, visto que a inserção em um ambiente com expectativas sociais e acadêmicas diversificadas podem acarretar hesitações e desencantos(1,2).

A extrema exigência pessoal, a extensa carga horária e a crescente competitividade na área médica constituem tormentos da vivência diária que irão resultar na manifestação de distúrbios psicológicos. Observa-se, também, o perigo do progresso do mal-estar mental para a tentativa de suicídio e para processos de vício em drogas lícitas e ilícitas. Além disso, o crescente uso indiscriminado de medicamentos psicoterápicos compõe um risco à saúde geral dos alunos(2,3).

É vital o estabelecimento da Medicina enquanto uma área que preza pelo bem-estar dos médicos em formação. Ademais, deve-se abordar a questão da autonegligência dos universitários, que não se reconhecem como vítimas de doenças físicas e mentais, o que contribui para sua piora. Diante do exposto, torna-se essencial compreender as condições psicológicas dos estudantes de Medicina, enfatizando a escala do problema e a crescente banalização do desespero psíquico na busca por uma excelência inalcançável demandada pela população(2,3).

OBJETIVO

Essa pesquisa visa identificar as percepções de estudantes de Medicina sobre a sua saúde mental e as estratégias utilizadas para lidarem com essa questão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal de metodologia quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e realizado em 2024, como parte da Disciplina de Mentoria e Orientação. Foram considerados na amostra 60 estudantes de Medicina que estivessem cursando algum período em instituições de ensino, públicas ou privadas, no Brasil. Foram adotados como critérios de exclusão: não ser estudante do curso de Medicina e ter idade abaixo de dezoito anos. Os dados foram coletados pela plataforma Google Formulários, sem a divulgação do e-mail dos participantes. O preenchimento dos questionários exigiu, previamente, a leitura e anuência com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a aceitação em participar da pesquisa.

1 Fundação Técnico-Educacional Souza Marques. E-mail: juliaandradecouto2@gmail.com

O formulário contou com dois eixos principais. A primeira seção englobava perguntas gerais como idade, instituição de ensino e nível de estresse como estudante de Medicina. Já a segunda seção explorava questões acerca das causas, sintomas e formas de autorregulação associadas ao sofrimento mental dos participantes.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 60 estudantes de Medicina. Desses, 65,0% eram mulheres, 83,3% eram brancos e a média das idades foi de 21,6 anos (desvio padrão de 5,0), com mediana e moda de 20 anos. A maior parte da amostra frequentavam universidades privadas (95,0%), especialmente a Faculdade Souza Marques (61,7%). Os estudantes cursavam, principalmente, o 2º período (40,0%), com grande presença de alunos que iniciaram o curso de Medicina recentemente.

Entre os participantes, 91,7% declararam ter um estresse de nível médio à alto. As principais causas apontadas para tal sofrimento psíquico foram a pressão individual (82,8%), sono desregulado (72,4%) e intensa carga horária (69,0%). Os poucos momentos de lazer e a frustração acadêmica apareceram com 50,0%, a competitividade dentro da área com 39,7% e a falta de sociabilização fora do ambiente universitário com 37,9%.

Uma gama de sintomas apresentam-se no cotidiano das pessoas, contribuindo para o progresso do mal-estar mental. Dentre esses, destacam-se a ansiedade (87,9%), a exaustão mental (70,7%) e a dificuldade de concentração e irritabilidade, ambos com 63,8%.

O uso de medicamentos regulares para questões psicológicas foi abordado, com 32,8% usando-os com prescrição médica e 3,4% sem a indicação de um profissional, demonstrando a dimensão do declínio da saúde mental e subsequente medicalização de diversos indivíduos.

Foi observado que 13,8% dos estudantes já tiveram pensamentos suicidas, 12,1% ideações e 1,7% realizou uma tentativa. Esses dados sugerem a possibilidade de um agravamento maior, revelando a importância do apoio à saúde mental do aluno de Medicina.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados obtidos confirmam as observações da literatura, mostrando que os índices de estresse entre os estudantes de Medicina são extremamente altos. A síndrome do *burnout*, ansiedade e depressão são frequentes devido à intensa sobrecarga mental dos futuros médicos. É vital a abordagem qualificada dos estudantes em sofrimento e a implementação de estratégias de promoção da saúde mental e acolhimento nas próprias faculdades.

É fundamental destacar que a cobrança individual, a privação de sono e a intensa carga horária são importantes desencadeadores de adoecimento. O rastreamento dessas causas deve ser priorizado para que a mitigação dos Transtornos Mentais Comuns seja uma realidade viável.

A facilidade de acesso a mecanismos de autoextermínio amplia o risco de suicídio nesta população. A responsabilidade de cuidar de quem cuida deve ser acatada pela sociedade, que precisa voltar um olhar atento para os profissionais em formação.

REFERÊNCIAS

- (1) Schlittler LX *et al.* Prevalência de comportamento suicida em estudantes de Medicina. Rev bras educ med [Internet]. 2023;47(3):e097. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.3-2023-0069>
- (2) Brito Jr MS *et al.* A formação médica e a precarização psíquica dos estudantes: uma revisão sistemática sobre o sofrimento mental no percurso dos futuros médicos. Physis [Internet]. 2022;32(4):e320409. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320409>
- (3) Conceição L de S *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. Avaliação (Campinas) [Internet]. 2019 Sep;24(3):785–802. <https://doi.org/10.1590/S1414-40772019000300012>
- (4) Costa DS *et al.* Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Estudantes de Medicina e Estratégias Institucionais de Enfrentamento. Rev bras educmed [Internet]. 2020;44(1):e040. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190069>

A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) E SEUS PRECONCEITOS ASSOCIADOS EM BELÉM, PARÁ, BRASIL

Gabrielle Vitoria Machado Tourinho¹

Adriely Letícia Santos Cabral

Ana Beatriz Brito Victor de Souza

André Lima Carvalho

Kamile Vitória do Monte Xavier

Rui Jorge Moraes Martins Júnior

Yasmim Santos de Abreu

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o vírus que causa a Aids (sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). O HIV ataca o sistema imunológico, o qual é o responsável por defender o organismo de doenças. Geralmente, a infecção do HIV não apresenta sintomas, e as manifestações podem se dar na fase avançada, quando é feito o diagnóstico da Aids. A transmissão do HIV pode ocorrer por sexo oral, vaginal e anal sem camisinha; por compartilhamento de seringas e agulhas com sangue infectado; por meio de acidente ocupacional com material biológico de risco; por recepção de sangue infectado; para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação. [1]. Embora ainda não tenha uma cura definitiva para o HIV, existem terapias que impedem que ele se espalhe pelo organismo, o que auxilia no controle da infecção e permite que os pacientes convivam melhor com a doença. É fundamental que o tratamento seja acompanhado por um profissional da saúde, como o médico infectologista, que pode realizar exames frequentes, monitorar se o tratamento está dando certo, ajustar a terapia antirretroviral e gerenciar possíveis efeitos colaterais, além de oferecer suporte emocional e social. [2].

OBJETIVO

Nesse contexto, os objetivos da pesquisa foram: identificar se os preconceitos associados a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) se manifestam, em Belém, entre as pessoas que residem nesse município, e como se dá tal manifestação; avaliar as percepções das pessoas acerca da AIDS; identificar como as pessoas obtêm informações sobre AIDS; identificar como os preconceitos estão inseridos na sociedade; compreender as sugestões acerca de como melhorar o acesso a informações e de como diminuir os preconceitos sobre a AIDS na sociedade.

METODOLOGIA

A pesquisa utilizou abordagem qualitativa e quantitativa, baseada em Vítora, Kanauth e Hassen (2000). [3]. Um questionário com 23 perguntas — 15 objetivas e 8 discursivas — foi aplicado

a 51 indivíduos em Belém do Pará. Para avaliar percepções sobre a AIDS, o questionário abordou conhecimento geral, formas de transmissão, métodos de prevenção, frequência de uso desses métodos, realização de testes e acesso a serviços de saúde. Também investigou as fontes de informação utilizadas, participação em campanhas, avaliação da informação comunitária e barreiras de acesso. Para analisar o preconceito, foram incluídas perguntas sobre medo, vergonha e percepção do estigma social. Por fim, buscou sugestões para melhorar o acesso à informação e combater o preconceito. A pesquisa respeitou os princípios éticos das Resoluções n.º 196/1996 e n.º 466/2012, garantindo esclarecimentos aos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A pesquisa revelou que a maioria dos entrevistados já ouviu falar sobre a AIDS, mas ainda existem lacunas significativas no conhecimento sobre a doença. A internet foi a principal fonte de informação sobre a AIDS. Prevenção e tratamento foram destacados como fundamentais para combater a doença. A maioria dos entrevistados usa preservativos como método de prevenção e faz testes regulares para HIV. Além disso, a profilaxia pré-exposição foi citada como uma medida importante para prevenir a doença. Contudo, o estigma e o preconceito ainda são significativos em relação à AIDS. A falta de informação e a deseducação foram citadas como principais causas do estigma. A educação e a conscientização são fundamentais para prevenir a AIDS. A maioria dos entrevistados já participou de eventos ou campanhas relacionados à prevenção da doença. É necessário combater o estigma e o preconceito em relação à doença. A internet e os profissionais de saúde são fontes importantes de informação sobre a AIDS. A pesquisa destacou a importância da educação, conscientização e prevenção para combater a AIDS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa revelou lacunas no conhecimento sobre a AIDS, especialmente entre os jovens, enfatizando a necessidade de campanhas educativas eficazes. Preconceitos e estigmas sociais dificultam a testagem e o tratamento, com muitos evitando falar sobre o tema. Políticas públicas que promovam inclusão e educação sobre HIV/AIDS são essenciais. A internet pode ser uma ferramenta importante para divulgar informações confiáveis. Além disso, é necessário avançar na educação sexual nas escolas. Combater a AIDS requer uma abordagem que aborde aspectos sociais, educacionais e psicológicos, com foco na erradicação do preconceito para garantir acesso ao diagnóstico e tratamento adequados.

REFERÊNCIAS

- [1] Fundação Estadual de Saúde (FUNEEESA). SES e FUNEEESA destacam a importância da prevenção contra HIV/AIDS no Dezembro Vermelho. FUNEEESA, 2022.
- [2] Hospital Israelita Albert Einstein. Glossário de Saúde: AIDS. Hospital Israelita Albert Einstein; 2024.
- [3] VÍCTORIA CK, KANAUTH DV, HASEN MNA. Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema. Tomo Editorial; 2000.

A TELA COMO REFLEXÃO E RESISTÊNCIA: O AUDIOVISUAL NO DEBATE COLETIVO SOBRE SAÚDE MENTAL NA ESCOLA

Regiani Zornetta¹

Jéssica Félix Nicácio Martinez

Paula Garcia Meirelles Grassi

Gabriel Renato do Nascimento

Fabiana Zilocchi Marcondes

Jonny Nelson Teixeira

Heitor de Lima Elias

Kaio Augusto de Almeida Brito

Desde que a escola se desenvolveu na sociedade moderna, ela estabeleceu um vínculo muito intrincado com as forças produtivas e culturais do mundo industrial e de mercado, constituindo-se como um espaço de hegemonia/poder. [1,2] A partir dos anos de 1990, desenvolve-se um novo modelo escolar e educacional baseado, em primeiro lugar, numa sujeição mais direta da escola à razão econômica [3], na competição extrema, no aprofundamento do individualismo e da lógica da responsabilização unilateral dos sujeitos pelos seus “fracassos”.

Nesse sentido, as relações de ensino-aprendizagem e a gestão escolar hoje são, também, permeadas por relações de poder, de exploração, de opressão, de dominação entre homens e mulheres e de uma certa divisão social e sexual do trabalho, as quais produzem adoecimento e sofrimento psíquico para os vários agentes da comunidade escolar.

Além de limitações já historicamente conhecidas da realidade da escola pública brasileira, ela enfrenta múltiplos desafios para abordar a saúde mental, isso porque ainda falta formação docente, apoio de profissionais da saúde mental, enfrentamento de processos de naturalização de estigmas, violências e preconceitos cada vez mais presentes no cotidiano escolar. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) identificou um agravamento desse quadro, com maior frequência de sofrimento mental em estudantes de 16 e 17 anos, do sexo feminino e de escolas públicas. [4]

O objetivo principal deste projeto foi, em conjunto com a comunidade, investigar as questões que afetam a saúde mental na escola, criando espaços de escuta, acolhimento e produção de aprendizagens sobre a vida coletiva da comunidade e seu território.

O projeto estruturou-se a partir da pesquisa-ação, na qual pesquisadores e participantes-chaves (professores da escola) estavam envolvidos de forma cooperativa e participativa para resolução de um problema coletivo. [5] Ele foi construído coletivamente por seis professores, de diferentes áreas do conhecimento, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo (IFSP)–Campus

1

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo. E-mail: regiani.zornetta@ifsp.edu.br

Itapetininga, sete docentes da Escola Estadual Professora Ernestina Loureiro Miranda e seis estudantes do IFSP, sendo dois bolsistas e quatro voluntários.

Quatro cines debates e quatro oficinas de produção audiovisual foram realizadas com aproximadamente cem alunos/as do 9º ano. Nos cines debates foram trabalhados filmes e curtas metragens relacionados às temáticas sobre saúde mental, adolescentes e seus dilemas. Nas oficinas de audiovisual foram desenvolvidas ações de formação sobre técnicas e ferramentas da produção audiovisual. Após estes ciclos, dez estudantes da Escola Ernestina produziram materiais audiovisuais autorais e coletivos em torno da invisibilidade dos pais e responsáveis sobre a saúde mental e a intolerância religiosa na escola.

O projeto foi avaliado de forma contínua e coletiva a partir de registros sistemáticos das oficinas, os quais foram debatidos em encontros com docentes e estudantes envolvidos no projeto. Ao final dos ciclos da pesquisa-ação, as análises gerais foram discutidas coletivamente, compartilhando as avaliações, contradições e limites, assim como os temas que orientaram a produção dos materiais audiovisuais.

Avaliamos que o projeto contribuiu, por meio do audiovisual, na discussão de alguns problemas que afetam a saúde mental dos estudantes na escola Ernestina. Além disso, acreditamos que foi possível auxiliar a comunidade escolar na apropriação de novas tecnologias e ferramentas para produção crítica de áudio e vídeo. Os desafios foram grandes quanto às possibilidades de envolvimento efetivo dos docentes e da gestão escolar na construção coletiva do projeto. Como resultado prático das oficinas, foram elaborados três produtos audiovisuais, sendo dois deles realizados pelos alunos da Escola Ernestina e um produzido pelos bolsistas, no qual a história do projeto é narrada por meio de um documentário.

Como considerações finais, destacamos que o projeto colaborou no resgate de espaços de formação, diálogo e trocas coletivas na comunidade escolar, pois em virtude do trabalho desenvolvido na escola Ernestina, ligada à Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, vimos o quanto o atual desmonte da educação e a plataformização dos processos de ensino-aprendizagem tem produzido um grande esvaziamento dos espaços de formação escolar; diminuindo a autonomia docente e a gestão democrática na escola; intensificando e precarizando o trabalho docente. Esses processos podem aumentar o quadro já preocupante de sucateamento e adoecimento na escola. E em virtude da atual estrutura das escolas públicas do Estado, e em particular da Escola Ernestina, compreendemos o quanto as mudanças na política educacional vão de encontro ao fortalecimento da educação pública e de qualidade, e, em particular, da promoção da saúde mental. É imprescindível, diante deste contexto, a luta por uma escola que resiste ao esvaziamento da sua função social, permanecendo atenta e acolhedora aos imensos desafios da formação crítica das juventudes no século XXI.

REFERÊNCIAS

- [1] Nosella P. A escola de Gramsci. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2004.
- [2] Semeraro G. Intelectuais, Educação e Escola: um estudo do Caderno 12 de Antonio Gramsci. São Paulo: Expressão Popular; 2021.
- [3] Laval C. A Escola não é uma empresa: neoliberalismo em ataque ao ensino público. 2. ed. São Paulo: Boitempo; 2019.
- [4] Antunes JT, Pena ED, Silva AG, Moutinho CS, Vieira MLFP, Malta DC. A saúde mental dos adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019. REME–Rev Min Enferm. 2022; 26: e-1462. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/38984/31962>
- [5] Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez; 1985.

A TERRA QUE NOS CURA: A CONEXÃO ESPIRITUAL DOS POVOS INDÍGENAS E OS IMPACTOS DO DESLOCAMENTO URBANO NA SAÚDE MENTAL, COM UM OLHAR SOBRE AS MULHERES INDÍGENAS

Beatriz Paulina Pereira¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Beatriz, professora de língua inglesa na rede estadual de ensino. Nasceu no município de Guarulhos e no final da infância retornou com a sua família para seu território de origem, localizado na Terra Indígena Pankararu, em Pernambuco, onde viveu até os 16 anos. Tempos depois, volta para São Paulo para terminar o ensino médio e ingressar na universidade. Muito antes desse retorno, já participava da luta e do movimento indígena que acontecia no bairro Real Parque, zona sul da capital. Participou da retomada e estabelecimento da aldeia multiétnica Filhos desta Terra, localizada no município de Guarulhos, Grande São Paulo, que abriga 7 etnias: Pankararé, Pankararu, Kaimbé, Timbira, Xucuru, Guajajara e Tupi-Guarani. Na aldeia estão 25 famílias, cerca de 80 pessoas, que vivem em movimento de ir e vir entre o território tradicional e a cidade. A maioria das etnias tem aldeias situadas no Nordeste e vieram para São Paulo há décadas para trabalhar e buscar sustento para suas famílias. A constituição da aldeia Filhos desta Terra tem uma longa história de luta das lideranças, que vem sendo pesquisada e registrada por uma equipe protagonizada pelos indígenas.

OBJETIVO

Sistematizar a experiência de vivência e deslocamento dos indígenas, contextualizada na relação com sua Terra Indígena e a construção da aldeia multiétnica, abordando modos de enfrentamento coletivo dos problemas e fatores intervenientes no bem viver e na saúde mental indígena. A finalidade desta sistematização é de ampliar a compreensão do sofrimento psíquico e cuidados que permeiam a relação entre a natureza e a espiritualidade, para o fortalecimento e cura, na perspectiva feminina e indígena.

METODOLOGIA

A perspectiva metodológica deste trabalho é da sistematização de experiência, com identificação de questões e preocupações que envolvem a saúde mental dos membros da aldeia Filhos desta Terra, principalmente das mulheres. Trata-se de uma reflexão calcada nos movimentos de teoria e prática, ação e reflexão, política e crítica, imbricados na perspectiva da pesquisadora enquanto narradora de uma experiência vista como a vida que nos passa e como fonte de saber (1,2).

Beatriz é sujeito pesquisador e também representa e interpreta o coletivo de vozes indígenas das mulheres de diferentes gerações e etnias que fazem parte do cotidiano de luta na aldeia multiétnica.(3)

1 Universidade Federal de São Paulo. E-mail: beatrizpaulinapereira@gmail.com

Assim, a constituição do relato partiu de rodas de conversa com as famílias da aldeia e também a composição de um pequeno registro das memórias e reflexões da autora. Um dos elementos norteadores do pensamento foi a posição feminina na história da luta e no cotidiano e a observação sobre os múltiplos afazeres dessas mulheres indígenas.

RESULTADOS

O território, para nós indígenas, não é apenas um espaço físico, mas uma extensão da nossa própria existência. Quando fomos forçados a deixar nossos territórios e migrar para as grandes cidades, não estávamos apenas mudando de endereço, estávamos nos desconectando de algo mais profundo: nossa essência, nossa espiritualidade e nossa saúde mental. O impacto disso tem sido devastador. Nas cidades, o asfalto, a poluição, a correria do cotidiano, tudo isso vai minando nossa energia vital. Nossos corpos e mentes não foram feitos para viver longe da terra que nos sustenta, e, como resultado, nossa saúde mental foi profundamente afetada. A saúde mental dos povos indígenas não pode ser reduzida aos padrões do que a sociedade não indígena considera “doença”. Para nós, ela está intrinsecamente ligada à nossa conexão com a terra, à nossa cultura e aos nossos direitos. Vivemos um desgaste constante, uma luta incessante para garantir nossos direitos básicos, para preservar o que ainda nos resta de terra e de identidade. Cada conquista é uma batalha, e cada batalha tem um custo: a saúde mental de nossas comunidades. O estresse de lutar para simplesmente existir em um espaço que não nos pertence, de não sermos ouvidos, de ter nossas vozes silenciadas, é um peso difícil de carregar. Neste contexto, as mulheres indígenas desempenham um papel central. A sobrecarga delas é um dos desafios enfrentados pelas comunidades, pois acumulam inúmeras funções, sem o devido apoio e reconhecimento, o que resulta em desgaste emocional e físico, além de manterem suas funções tradicionais como curandeiras, líderes e cuidadoras espirituais. O sofrimento emocional dessas mulheres, muitas vezes não é reconhecido e suas vozes permanecem silenciadas, o que intensifica o sofrimento psíquico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A busca por justiça e respeito aos nossos direitos é uma busca pela nossa própria saúde mental, pela preservação da espiritualidade e bem-estar coletivo. Nossa saúde não é apenas uma questão individual, é coletiva, cultural e territorial. A verdadeira cura começa quando somos respeitados em nossa essência, nossas terras são preservadas e nossa identidade é reconhecida e valorizada. Só assim, com a proteção de nosso território e a reconexão com nossa terra, seremos capazes de curar as feridas que o deslocamento, a exclusão e a destruição causaram em nossas almas. Quando falamos dessas lutas, as mulheres indígenas desempenham um papel central; é urgente que as políticas públicas e as próprias comunidades reconheçam a sobrecarga das mulheres indígenas e ofereçam o apoio necessário. A pesquisa continuará com a investigação dos diferentes fatores que causam o adoecimento de indígenas da aldeia, através de entrevistas e rodas de conversa, incluindo homens, mulheres e pessoas LGBTQIAPN+.

REFERÊNCIAS

- (3) Holliday OJ Para sistematizar experiências. Tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., Brasília, DF: MMA, 2006.
- (2) Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Tradução de João Wanderley Geraldi. Rev. Bras. Educ. 2002;19: pp.20-28.
- (3) Donegá CR. Vozes Ancestrais: Tesouros Culturais e Vivências dos Povos Indígenas. São Paulo: Edição do Autor; 2024.

A VIOLÊNCIA ARMADA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA

Juliana Cipriano de Arma¹

Joana Angélica Barbosa Lopes

Catalina Kiss

Christiane dos Santos Teixeira Delphin

Arthur Lobo Costa Mattos

Marilena Cordeiro Dias Villela Correa

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência acompanha a história da humanidade e tem se manifestado de diferentes formas ao longo do tempo. Apesar de avanços nas normativas internacionais que buscam limitar a barbárie em conflitos armados, novas formas de violência, especialmente no contexto urbano, persistem. No Brasil, a violência armada destaca-se como uma das principais ameaças à vida, à saúde pública e à estrutura social, estando intrinsecamente ligada a desigualdades sociais, racismo institucional e fragilidades das políticas de segurança (1,2).

A violência armada tem impactos sobre a sociedade brasileira, especialmente em populações vulneráveis, como jovens negros das periferias urbanas. O aumento no número de armas em circulação e a alta letalidade policial agravam esse cenário. A compreensão desse fenômeno é essencial não apenas para a área da segurança pública, mas também para a saúde, a educação e os direitos humanos. Assim, entender os fatores estruturais é fundamental para subsidiar políticas públicas eficazes e garantir o direito à vida(2).

OBJETIVO

Analisar as características da violência armada no Brasil como um fenômeno complexo e multifatorial, refletindo sobre seus determinantes sociais e os impactos em populações vulneráveis.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, reunindo e discutindo dados estatísticos, documentos legais, publicações de organismos internacionais e estudos acadêmicos sobre a violência armada no Brasil. A abordagem narrativa permite integrar diferentes perspectivas teóricas e empíricas, contextualizando o fenômeno no campo das ciências sociais, saúde pública e direitos humanos.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão artigos e documentos institucionais publicados em português, inglês ou espanhol que tratassem do tema das violências institucionais contra mulheres em situação de rua. Foram pesquisadas as bases de dados Scielo, Web of Science e Biblioteca virtual em

saúde, utilizando a chave de busca “*violência or violência armada and “saúde”*”. Consideraram-se estudos publicados entre 2015 a 2025 e os dados foram interpretados criticamente.

RESULTADOS

A revisão da literatura evidenciou que a violência armada no Brasil é um fenômeno multifacetado e permeado por fatores históricos, sociais, econômicos e políticos. O país apresenta uma das maiores taxas de homicídios do mundo, com a maioria das mortes ocorrendo em ambientes urbanos e associados a disputas territoriais, crime organizado, violência interpessoal e ações das forças de segurança pública(3,4).

Um dos principais elementos encontrados foi o papel das armas de fogo na intensificação da violência. A flexibilização das políticas de controle armamentista entre 2018 e 2022 resultou em um crescimento significativo no número de armas em circulação, especialmente entre civis, caçadores, atiradores e colecionadores (CACs). Esse aumento da disponibilidade de armamentos está relacionado à elevação da letalidade, contrariando o discurso de que o armamento da população contribuiria para a redução da criminalidade(2-5).

Outro ponto relevante é o impacto da violência armada sobre populações em situação de vulnerabilidade, especialmente jovens negros, pobres e moradores das periferias urbanas. Em 2023, 71,7% das vítimas de mortes violentas intencionais tinham entre 12 e 29 anos, sendo a maioria do sexo masculino (99,3%) e de cor preta ou parda (83%)(6).

Esse padrão racializado da violência é reforçado pela atuação das polícias, cujas intervenções letais também afetam desproporcionalmente pessoas negras. A taxa de mortalidade de negros por ações policiais foi quase três vezes maior do que a de brancos, evidenciando o racismo institucional(5,6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A violência armada no Brasil não é apenas um problema de segurança pública, mas reflexo das desigualdades estruturais e da atuação seletiva do Estado. É necessário enfrentar o problema com abordagem multidisciplinar que inclua políticas públicas de segurança baseadas em direitos humanos, combate ao racismo institucional, redução do acesso a armas e fortalecimento dos serviços públicos nos territórios mais afetados. Apenas com o reconhecimento da dignidade de todas as vidas e com ações concretas será possível romper com o ciclo de exclusão e violência que marca a realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

- (1) Hamann-Nielebock E, Carvalho IS. A violência armada e seus impactos sobre a população civil: um fardo necessário? Rev Bras Segur Publ. 2008;2(3). Disponível em: <https://revista.forumseguranca.org.br/rbsp/article/view/29/27>
- (2) United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide 2023. Vienna: United Nations; 2023.

- (3) Barbar AEM. Atenção Primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e142. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.142>
- (4) Damschroder LJ et al. Fomentando a implementação de descobertas de pesquisa em serviços de saúde na prática: uma estrutura consolidada para o avanço da ciência da implementação. Implementation Sci. 2009;4:50.
- (5) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da violência 2024. Cerqueira D, Bueno S, coordenadores. Brasília: Ipea; FBSP; 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/35>
- (6) Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: FBSP; 2024.

A VIOLÊNCIA QUE ATRAVESSA OS MUROS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA ESTADUAL EM PERÍODO PANDÊMICO

Beatriz Pereira de Souza de Moraes¹

Tânia Horsth Noronha Jardim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O trabalho em questão tem como objetivo principal analisar e identificar as situações de violência experimentadas por mulheres usuárias de uma maternidade pública estadual, no contexto da pandemia de covid-19. Para tanto, foi realizada uma pesquisa documental a partir da análise de registros dos atendimentos sociais, no ano de 2020, o que possibilitou traçar um perfil socioeconômico e aprofundar o conhecimento sobre a realidade dessas mulheres e a necessidade de refletirmos sobre as demandas específicas e a ampliação de políticas públicas para enfrentamento à violência de gênero.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo apresentar reflexões sistematizadas a partir da análise das fichas sociais com informações sobre as mulheres em situação de violência, atendidas pelo Serviço Social, no período de janeiro a dezembro de 2020, ano em que iniciou a pandemia do Coronavírus, o SARS-CoV-2.

METODOLOGIA

Para o presente estudo, a metodologia utilizada é o levantamento dos casos de violência, a partir da análise de 155 fichas sociais preenchidas pelo Serviço Social em 2020. Após a análise das fichas e dos relatórios sociais, são identificados 11 casos confirmados de violência contra a mulher. A relevância da utilização desses documentos está na experiência que a equipe teve ao se aproximar da realidade das mulheres em período gestacional em situação de violência. A princípio, tínhamos a intenção de executar o estudo durante os anos de 2020 a 2022, visto que no primeiro ano da pandemia observamos a chegada dos casos, mas nos anos seguintes há um aumento expressivo. Todavia, devido ao curto espaço de tempo para a realização desse estudo, elegemos o ano de 2020.

A partir da análise dos documentos é construído um perfil para conhecermos as mulheres em situação de violência e/ou as sequelas desses episódios no período gestacional. Compreender quem são os sujeitos que narram essas histórias é imprescindível para refletirmos sobre a organização do trabalho que é ofertado à população e as demandas de políticas públicas para o enfrentamento da violência de gênero.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: beatrizmoraes1981@gmail.com

RESULTADOS

No que diz respeito ao estado civil, identificamos (7) solteiras, (1) casada e (3) sem informação. Verificamos que a maioria das mulheres que informam ser solteiras narram situações de violências perpetradas por parceiros íntimos. Assim, observamos que a intensificação da violência de gênero na pandemia ocorre principalmente nos espaços domésticos, lugar onde as mulheres deveriam sentir-se seguras. Em relação à situação socioeconômica, observamos apenas uma mulher com vínculo formal, ou seja, com acesso a direitos fundamentais para o rompimento do ciclo da violência. As demais, (2) vínculo informal e (8) beneficiárias de políticas públicas. Deste modo, refletimos que o contexto pandêmico não somente colabora para a intensificação da violência, devido ao aumento do convívio e do tensionamento das relações interpessoais, como também reforça a dependência econômica das mulheres por meio da instabilidade econômica e do desemprego. Segue abaixo alguns dos trechos retirados dos registros e que foram utilizados para a tipificação das violências, identificados com nomes fictícios iniciados com Maria, uma alusão à Maria da Penha³: Violência Patrimonial: “Fica agitado porque bebe muito e quebra tudo dentro de casa” (Maria Rita). Violência física: “em relação ao convívio com os irmãos, ela menciona que “seu pai é o seu irmão mais velho”, relata também episódios de utilização de castigos violentos por parte dos irmãos como forma de correção pelo mal comportamento”. (Maria Flor) Violência psicológica: “Ao perguntarmos sobre o impacto da droga em seu cotidiano quando ela e o companheiro fazem uso, disse que surgem conflitos e, que nessas situações, costuma ir para a antiga casa. Porém, quando questionada se o companheiro a agredia, ela negou”. (Maria das Graças)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O contexto pandêmico evidencia e intensifica situações de violências já vivenciadas por mulheres. Embora haja acúmulo teórico sobre a questão da violência contra a mulher no campo da saúde (1), a maternidade em questão ainda enfrenta desafios nesses casos. Segundo Minayo (2), tal realidade estaria relacionada à necessidade de política de saúde implementada a partir da perspectiva de gênero. A pandemia atinge a toda a humanidade, porém de forma mais agressiva à população que depende do próprio trabalho para sobreviver e que se encontra dentro de recortes de classe, raça e gênero específicos (3). Discussões sobre as experiências dessas mulheres em instituições de saúde que não constituem a rede especializada de enfrentamento à violência contra a mulher são relevantes, a fim de reafirmarmos a violência como uma questão de saúde pública, para prevenção de agravos à saúde da mãe e do bebê e de situações mais extremas, tais como feminicídio.

REFERÊNCIAS

- (1) Farah MFS. Gênero e políticas públicas. Rev Estudos Femin. 2004;12(1).
- (2) Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- (3) Antunes R. Capitalismo pandêmico. São Paulo: Boitempo; 2022.

A “VIRADA ESPACIAL” NO INÍCIO DOS ANOS 2000 E A ABORDAGEM DO TERRITÓRIO EM SAÚDE COLETIVA

Núbia Vieira Cardoso¹

Bernardo Aleixo de Souza Cruz

Bruno Guerra de Moura von Sperling

Josiane Teresinha Matos de Queiroz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Na transição do século XX para o XXI os estudos em epidemiologia passam a abordar novas categorias geográficas, como a do território. Esses novos olhares (1) partiram da crítica de que o vínculo direto e concreto entre as sociedades, e conseqüentemente o corpo e o espaço havia passado, desde o século XIX, por um contínuo processo de representação abstrata, matematizada pelo conceito de transmissão. Afinal, como destacam estes autores, os campos científicos da Epidemiologia e da Geografia se formam no século XIX sob a hegemonia da Higiene Pública. Observando as temporalidades e o contexto dos desdobramentos dos conceitos e categorias geográficas aplicadas às interpretações em Epidemiologia, o presente trabalho tem por objetivo reconhecer o uso da categoria território no campo da Saúde Coletiva, tendo identificada a sua maior empregabilidade a partir da primeira década do século XXI.

Após a primeira década dos 2000, a Geografia passou por uma reconfiguração, vista por um reforçado interesse nos conceitos de território e territorialidade(2), o campo da Saúde Coletiva deve ter também sido influenciado pela tendência de uma “virada espacial” nas teorias sociais. A contemporaneidade fazia surgir novas questões de ordem socioculturais, étnicas e ambientais mediadas pela noção do território. A noção de território foi então admitida, em Saúde Coletiva, como uma categoria elo entre situação epidemiológica e ambiental, além de referência para a aplicabilidade das políticas públicas de saúde(3).

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho consiste em analisar os sentidos dado ao conceito de território ao longo dos anos 2000 no campo da Saúde Coletiva. À medida que se espera revelar o percurso da relação de usos teórico-metodológico entre Geografia e Epidemiologia na contemporaneidade.

METODOLOGIA

Como uma primeira fase do estudo, o recorte temporal definido foi o da primeira década dos 2000 à medida que identificado, nos primeiros anos do novo milênio, a abordagem do território na Saúde Coletiva brasileira, de modo mais consistente, a partir da sistematização da revisão.

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: nubia.cardoso@fiocruz.br

RESULTADOS

As análises compreendidas no período (2000–2010), dentre as quais situam-se aquelas que avaliam o uso teórico-metodológico da noção de território voltadas para a vigilância em saúde. A noção de “epidemiologia geográfica do cotidiano” então apresentada por esses autores, buscava uma proposição aproximada da vida social e das delimitações territoriais das populações atendidas pelos serviços de saúde. A apropriação teórica e prática do território no Planejamento Sanitário foi percebida pelos autores como uma oportunidade para a representação concreta dos contextos e das situações de saúde, a que reconheceram como “vigilância em saúde baseada no território”(4).

Já em outro trabalho, o debate(5) sobre a organização dos serviços de saúde com base nos princípios da ‘regionalização’ e ‘hierarquização’, criticou a noção clássica de geografia política e regional aí implícita, argumentando que, embora tenha sido ampliado os recortes espaciais utilizados para a gestão de serviços médicos de saúde e para o controle de doenças, os critérios usados para a delimitação desses territórios nem sempre levavam em consideração a estrutura espacial da população, nem seu conteúdo geográfico.

Nota-se, portanto, um aparente conflito sobre a atribuição do território, se no primeiro artigo é abordado como uma oportunidade de interpretação e atuação dos serviços de saúde, em um segundo momento, o autor critica o viés da abordagem territorial, referenciado no campo da geografia política clássica. Ou seja, embora estivesse naqueles anos sendo incorporado pelo planejamento e serviços de saúde, a sua reprodução se manteve, como crítica do segundo artigo, associada a um viés unidirecional, com formas de planejamento em saúde realizadas “de cima para baixo”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O final do século XX, é marcado por uma nova e tenebrosa paisagem pós-moderna de falta de habitação(6). Cada vez mais distribuídas em espaços sectários e de exclusão, as cidades passaram a registrar problemas epidêmicos que ultrapassaram a esfera das doenças transmissíveis.

O território, como chave analítica, deve então ter surgido como uma possibilidade de uma abordagem teórico-metodológica face aos novos perfis epidemiológicos e de distribuição da doença, bem como da organização da prática e dos serviços de saúde. Ou seja, o território ressurgiu como uma possibilidade de interpretação da realidade a partir de sua dimensão concreta, tanto do espaço físico habitado, quanto da vida social dos indivíduos.

E, se em um primeiro momento, ele aparece atrelado à organização institucional dos serviços de saúde, progressivamente, a categoria vai sendo empregada por outros atores, para além dos serviços de saúde. Para a continuidade deste estudo, espera-se responder, como o território deve ter sido incorporado, para além do Estado, por outros agentes sociais, a partir da segunda década dos anos 2000, e como essas novas tendências têm impactado para um redirecionamento das políticas e da organização dos serviços de saúde na atualidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad Saúde Pública*. 2000 Jul-Set;16(3):595-617.
- (2) Saquet MA. Por uma abordagem territorial. In: Saquet MA, Sposito ES, editores. *Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos*. São Paulo: Expressão Popular, UNESP; 2008.
- (3) Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, editores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- (4) Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2005 Mai-Jun;21(3):898-906.
- (5) Problemas Emergentes da Saúde Coletiva e a Revalorização do Espaço Geográfico. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, editores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- (6) Harvey D. *A condição Pós-Moderna*. São Paulo: Loyola; 1996.

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NO NAMORO ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIAS: DA PESQUISA À CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA

Luíza Pereira Maia de Oliveira¹

Selma Villas Boas Teixeira

Izabela da Silva Pinheiro

Yamê Regina Alves

Beatriz Fernandes Lourenço

Ana Claudia Mateus Barreto

Leila Rangel da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo é um fenômeno de alta complexidade e multifacetado¹. Ela ocorre em todas as fases da vida da mulher, tornando-se um grande desafio para a sociedade e saúde pública. Consiste em comportamentos de natureza física, psicológica e/ou sexual, que ocorre nas relações íntimas entre duas pessoas jovens ou adultas e manifesta-se a partir de atitudes que permeiam as desigualdades de gênero. Pesquisas apontam para uma alta prevalência de violência no namoro entre jovens mulheres universitárias, manifestada por meio de lesões corporais, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, impactando negativamente na saúde dessas mulheres². O ambiente universitário é propício para desigualdades de gênero, visto que é composto principalmente por jovens mulheres, o que consequentemente legitimam ações violentas. Destaca-se ainda que a violência de gênero no âmbito das relações íntimas, está sustentada por valores históricos e sociais fundamentados no machismo e patriarcalismo. Assim, ao homem cabe o papel de controlar o relacionamento, enquanto à mulher cabe confiar no parceiro, em uma adoção de submissão na relação, construindo assim uma relação intitulada socialmente como “romântica”. Tal fato destaca a necessidade dessa temática ser divulgada para que seja enfrentada pela jovem mulher e coibida socialmente.(1-3)

OBJETIVO

Descrever o processo de elaboração de uma cartilha para jovens adultas, que visa a prevenção da violência do namoro.

METODOLOGIA

A construção da cartilha emergiu dos resultados da pesquisa intitulada: “Violência no namoro: repercussões na saúde de mulheres jovens universitárias”, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em junho de 2018 com CAAE:89333918.0.0000.5285,

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: luiza95maia@gmail.com

Parecer: 2.708.911. Essa pesquisa faz parte do Projeto de Extensão Universitária: “Educação em saúde da mulher: perspectivas no âmbito da saúde da mulher” e do Projeto de Pesquisa Institucional: “A saúde da mulher no seu ciclo vital: aspectos biológicos, sociais e culturais”. A coleta de dados ocorreu entre 2018 e 2019, no campus de uma Universidade Pública Federal do Rio de Janeiro, com jovens universitárias transeuntes de 19 a 24 anos. A entrevista foi semiestruturada e teve como método de análise, a análise temática. Após a análise de seus resultados, foi implementado as fases de elaboração da cartilha, tais como: pesquisa do conteúdo, conforme literatura atualizada acerca da temática; criação de imagens e seleção de cores e letras, optando-se pela imagem gráfica em formato de desenho; diagramação da cartilha e composição do layout.

RESULTADOS

A pesquisa que culminou na elaboração da cartilha, teve como participantes 50 mulheres, universitárias, das quais 28 (56%) possuíam de 19 a 21 anos, 21 se autodeclararam pardas e/ou pretas (42 %), 37 residiam com familiares (74%) e 15 possuíam religião (30%); quanto à orientação sexual, 42 (84%) declararam-se heterossexuais e oito (16 %) bissexuais. Os dados foram alarmantes quanto à violência de gênero vivenciada por essas jovens universitárias. Do total de 50 jovens entrevistadas nos diversos cursos de graduação, a maioria afirmou ter vivenciado uma ou mais formas de violência de gênero em seus relacionamentos de namoro, além de grande parte também tenham a perpetrado. A principal forma de violência relatada foi a psicológica, seguida da moral. Desta forma, foi decidido construir uma cartilha com a proposta de instrumentalizar a população universitária, a fim de alertar sobre como identificar os relacionamentos abusivos, contribuindo para a visibilidade do fenômeno e sensibilizando a comunidade científica acerca da problemática. Assim, o material foi elaborado de maneira a informar sobre as diversas formas de violência de gênero contra a mulher, desmistificar mitos e estereótipos, e especialmente, alertar sobre as repercussões negativas na saúde e na vida dessas jovens. Após a sua conclusão, a fim de que pudesse atingir o público-alvo em um quantitativo satisfatório, sendo a Internet um dos principais meios de comunicação e divulgação de conteúdo atualmente, esse material foi cadastrado como um produto educacional no Portal eduCAPES, em julho de 2021 e divulgado digitalmente com o título: “Violência no namoro em jovens universitárias: como prevenir?” por meio do link: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/600990>.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante do número expressivo de jovens em situação de violência no namoro no âmbito da universidade e do não reconhecimento da situação vivenciada por elas, ficou claro as desigualdades de gênero existentes nos espaços acadêmicos, assim como na sociedade. Portanto, destaca-se o papel das universidades, na divulgação de materiais informativos, tais como esta cartilha para favorecer relações de namoro saudáveis e prazerosas, por meio de uma cultura de paz entre os jovens, e consequentemente, impactar na redução da violência de gênero na sociedade.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Violence against women prevalence estimates 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for nonpartner sexual violence against women. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.
- [2] Instituto Avon. Violência contra a mulher no ambiente universitário. Instituto Patrícia Galvão. 2015. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/violenciacontra-a-mulher-no-ambiente-universitario-data-popularinstituto-a-von-2015/>.
- [3] Ataíde MA. Namoro: uma relação de afetos ou de violência entre jovens casais?.R. Inter. Interdisc. INTERthesis. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2015v-12n1p248>.

AÇÃO MULTIPROFISSIONAL SOBRE A CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL E HÁBITOS DE AUTOCUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS/RJ

Ana Clara Fecher Senna¹

Esthefanie Parreira Mello Dias

Márcia Dutra da Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental envolve bem-estar psicológico, físico e social, podendo ser diretamente impactada pelo meio no qual o próprio indivíduo está inserido [1]. A saúde mental vem despertando grande preocupação na Atenção Primária à Saúde (APS), pois o número de casos de transtornos mentais vem crescendo aceleradamente. No ano de 2019, quase um bilhão de pessoas no mundo vivia com algum tipo de transtorno mental, incluindo adolescentes. Dentre os problemas mentais mais preocupantes estão o suicídio, que em 2019 representou 1% das mortes e a depressão que atinge mais de 300 milhões de pessoas no mundo. Os transtornos mentais impactam diretamente a vida e o cotidiano das pessoas, incapacitando-as para atividades básicas, laborativas e sociais. No Brasil, em 2017, 9,3% da população sofria de ansiedade e 12 milhões de depressão, a maior taxa da América Latina segundo a OMS [2-3]. Com base nos fatos e dados apresentados, o “Janeiro Branco” se mostra fundamental para a conscientização a respeito da saúde mental. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem grande importância na promoção de ações educativas que incentivam o autocuidado e fortalecimento da comunidade.

OBJETIVO

Descrever a realização de uma ação multiprofissional educativa referente à campanha “Janeiro Branco”, mês dedicado à conscientização sobre a saúde mental na ESF Boa Vista, do município de Petrópolis, RJ.

METODOLOGIA

A ação educativa foi planejada e executada pela equipe multiprofissional da ESF Boa Vista, composta por enfermeiro, médica, nutricionista, técnica de enfermagem, agentes comunitárias de saúde (ACS) e estagiários dos cursos de nutrição, enfermagem e medicina. A Equipe Multiprofissional (E-Multi), formada por nutricionista, psicólogo e farmacêutica, também participou ativamente. A atividade teve como objetivo conscientizar a população sobre a importância da saúde mental e incentivar hábitos de autocuidado. Para a divulgação do evento, foi elaborado um convite por meio da plataforma Canva, disseminado na rede social Instagram da ESF e pelo aplicativo WhatsApp, por

1

Centro Universitário Arthur de Sá Earp Neto. E-mail: anaclarafechersenna@hotmail.com

intermédio das ACS, diretamente aos pacientes sob sua responsabilidade. No dia da ação, as atividades foram iniciadas com um alongamento conduzido por um professor de educação física voluntário da comunidade. Em seguida, realizou-se uma roda de conversa conduzida pelo enfermeiro, com a aplicação de uma dinâmica lúdica utilizando bexigas. Cada participante recebeu uma bexiga simbolizando sua saúde mental, sendo orientado a inflá-la sempre que se identificasse com determinadas situações apresentadas, como “quem se preocupa excessivamente com os problemas alheios?”. Essa estratégia permitiu ilustrar as sobrecargas mentais do cotidiano, demonstrando como aspectos negativos e positivos podem influenciar a qualidade de vida. Ao final, o enfermeiro destacou a relação entre a bexiga e a necessidade de cuidados constantes com a saúde mental. Na sequência, o psicólogo abordou conceitos sobre saúde mental, emoções e práticas para melhoria da qualidade de vida. A nutricionista discorreu sobre a relação entre alimentação e ansiedade, elucidando alimentos que podem auxiliar no controle dos sintomas. Os estagiários de medicina exploraram aspectos do tratamento farmacológico para transtornos como depressão e ansiedade, bem como mudanças comportamentais benéficas para os pacientes. Paralelamente, foi estruturado um espaço destinado ao público infantil, no qual ocorreu a contação da história “O Monstro das Cores”, conduzida pelas estagiárias de enfermagem e nutrição, em conjunto com uma ACS. Posteriormente, as crianças participaram de uma dinâmica interativa, na qual foram apresentadas situações do dia a dia e questionadas sobre as emoções que despertavam. A atividade promoveu reflexão sobre os sentimentos e foi complementada com a entrega de desenhos para pintura. O evento foi encerrado com um lanche comunitário, oferecido pela equipe da ESF e enriquecido com contribuições dos participantes. A ação obteve ampla adesão da comunidade, sobretudo de idosos e crianças. Durante a roda de conversa, diversos participantes relataram experiências pessoais relacionadas à ansiedade e à depressão, demonstrando a relevância do tema para a população atendida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência evidenciou o impacto positivo das ações educativas sobre saúde mental na APS. Ao estimular a reflexão e incentivar práticas saudáveis para o equilíbrio emocional, promovendo a prevenção e o cuidado integral, a atividade fortaleceu o vínculo entre profissionais, estudantes e a comunidade. Essas intervenções desmistificaram o estigma da saúde mental e contribuíram para a melhora da qualidade de vida e autocuidado da população. A abordagem multiprofissional garantiu uma visão abrangente dos cuidados com a saúde mental, expondo desde aspectos emocionais até a relação com a alimentação e o tratamento farmacológico, oportunizando a troca de conhecimentos e experiências, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais em formação, que aprimoraram suas práticas, compreenderam a relevância do cuidado multidisciplinar, além de uma vivência enriquecedora. O envolvimento e engajamento da comunidade foram essenciais para o sucesso da ação.

REFERÊNCIAS

- [1] Freitas B, et al. A saúde mental na percepção de estagiários: uma revisão de literatura. *Psicol Argumento*. 2023 Jul 1;31:519-28. doi: 10.7213/psicol.argum.31.074.AO06.
- [2] World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Geneva: WHO; 2022.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>

ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN, COMPRENSIÓN Y PREVENCIÓN DEL PROGRAMA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA: LA EXPERIENCIA DE LA CAMPAÑA LA ÚLTIMA FOTO

Catalina Barría¹
Mariángeles Caneiro
Alicia Canetti
Gabriela Novoa
Inés Lezama

INTRODUCCIÓN

La experiencia que se presenta se enmarca en uno de los cinco dispositivos que componen el Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas (PSM-HC) de la Universidad de la República: Comprensión, sensibilización, promoción y prevención en Salud Mental y Suicidio. Este Programa busca materializar un modelo de atención y promoción en salud mental y prevención del suicidio, alineado con la normativa nacional más reciente, cercano al denominado “modelo comunitario” de abordaje de la salud mental¹.

En este marco, se comparte la experiencia de la Campaña de Prevención del Suicidio *La Última Foto*, una iniciativa de una organización civil de familiares británica, replicada en Uruguay y lanzada en mayo de 2024. Uno de sus componentes fue la exposición de imágenes de personas que se suicidaron, acompañadas del lema: “HABLEMOS”, junto con talleres de sensibilización dirigidos a la ciudadanía.

La campaña conjugó arte y estética, tal como lo propone Jacques Rancière², para redistribuir lo sensible y reconfigurar las formas en que percibimos el mundo, rompiendo con lógicas dominantes y abriendo nuevas posibilidades de significación. Al visibilizar rostros e historias, se buscó romper el anonimato, desafiar la indiferencia social y proponer formas más solidarias de interpretar el suicidio y el duelo. *La Última Foto* propone desplazar el problema del suicidio de su lugar habitual de anclaje —el sistema sanitario—, e invitar a la ciudadanía a observar y reflexionar en el espacio público. Bajo la premisa de que una verdad que no logra ser dicha, no es reconocida como tal^{3,4}.

OBJETIVO

El objetivo general de la campaña fue sensibilizar y socializar, con distintos actores sociales, la problemática que implican los procesos de duelo y el estigma asociado a las muertes por suicidio en el Uruguay actual; problematizar y debatir perspectivas contemporáneas sobre sus señales; y promover espacios que habiliten la posvención —termino acuñado por Shneidman⁵— como forma de resignificar su rol en la sociedad y en las estrategias de prevención.

1 E-mail: catalina.barría@cienciassociales.edu.uy

METODOLOGÍA

El PSM-HC es una iniciativa del Hospital de Clínicas junto a las facultades de Psicología y Ciencias Sociales. Sus acciones interdisciplinarias están orientadas a mejorar la atención, pero también a cimentar un cambio de enfoque, articulando investigación, enseñanza y extensión universitaria.

En esta línea, *La Última Foto* responde a la necesidad de generar miradas e intervenciones que apunten a derribar mitos, deconstruir estigmas y revelar enigmas que atraviesan a la sociedad uruguaya. Comprender y abordar el suicidio no es tarea exclusiva del saber experto: debe interpelar a toda la sociedad como problema colectivo.

El proceso de planificación comenzó en agosto de 2022, con el fin de contribuir a la prevención del suicidio mediante una acción distinta a las tradicionales —fuera del sector salud— e inspirada en experiencias internacionales. Tomando como referencia a la organización Campaign Against Living Miserably (CALM) del Reino Unido, integrantes del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida de la Udelar y la organización de sobrevivientes *Resistiré* lograron, en ese mismo mes, el apoyo del Centro de Fotografía de Montevideo y posteriormente de la propia CALM para replicar la campaña *The Last Photo*⁶ en Uruguay.

Desde entonces, se inició una aproximación cuidadosa a familias de personas que se suicidaron, invitándoles a participar mediante la donación de una fotografía. Las familias se involucraron activamente en todas las decisiones durante la planificación de la campaña, que se extendió hasta febrero de 2025.

Los componentes centrales de la campaña incluyeron: a) una muestra itinerante compuesta por cinco cubos de 2x2x2 metros, que exponían fotografías gigantes de personas que se suicidaron, junto con textos informativos. Para autores como Klinenberg⁷ se hace necesario generar o recomponer entornos de socialización, denominados “infraestructuras sociales”, donde la comunidad y sus relaciones se fraguan. Estos cubos fueron ubicados en espacios públicos de Montevideo y del interior del país, con presencia de voluntarios capacitados y familiares —organizados en turnos de ocho horas— disponibles para interactuar con el público, distribuir materiales impresos, compartir mate y contar con referentes técnicos ante eventuales situaciones complejas; b) difusión en redes sociales; y c) una página web accesible mediante un código QR, que conectaba con los relatos de los familiares y ofrecía información responsable sobre cómo hablar del tema, ayudas disponibles, derechos, y material bibliográfico especializado.

La muestra recorrió diversas ciudades y departamentos del país. Junto a ella, se realizaron talleres de sensibilización que promovieron una reflexión colectiva situada en las particularidades de cada territorio. De esas instancias surgió una invitación a analizar, de forma individual y colectiva, nuestra responsabilidad en la configuración del fenómeno y sus consecuencias, entre ellas, el modo en que se transita el duelo frente a este tipo de pérdida.

CONSIDERACIONES

El suicidio de un familiar, amigo u otra persona emocionalmente cercana puede tener un efecto poderoso y a veces devastador en las personas que quedan atrás ^{8,9}. A través de la campaña *La Última Foto*, se logró socializar el dolor de los y las supervivientes, quienes pasaron de ser sujetos pasivos, estigmatizados y silenciados, a convertirse en sujetos activos, fuerza de cambio y de servicio hacia otros, bajo la premisa de que “la muerte no sea en vano”. La socialización del duelo y la ayuda entre pares no sólo da voz al doliente, sino que también sensibiliza a la comunidad. Se promovieron espacios de interacción y conceptualización, donde las narrativas individuales y colectivas permitieron reflexionar sobre qué nos pasa como sociedad, y qué mitos, mandatos y prejuicios nos atraviesan en relación al suicidio.

Las acciones desarrolladas muestran tanto los desafíos como la potencia de las ideas fuerza que sustentan el Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, especialmente en su componente de comprensión, sensibilización y promoción en salud mental y de prevención de la conducta suicida. Las primeras acciones realizadas, como el ejemplo que describimos, adelantan una serie de desafíos importantes, pero también la enorme potencia que tienen algunas de las ideas fuerza que sustentan, tanto el diseño del PSM como las acciones que le dan cuerpo. La implementación de políticas y acciones equitativas, junto con el avance del conocimiento y la participación activa de la sociedad, son esenciales para mejorar la calidad de vida y el manejo del duelo en estos contextos y mitigar los efectos traumáticos en personas y comunidades afectadas^{10,11}.

REFERENCIAS

- (1) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 [Internet]. Montevideo: MSP; 2020. Disponible en: https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf
- (2) Rancière J. El reparto de lo sensible: estética y política. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- (3) Métraux JC, Kaës R. Deuils collectifs et création sociale. Paris: La Dispute; 2004.
- (4) Cuestas F. El trabajo de duelo colectivo en la recuperación de la memoria cultural. Cuadernillo Aperturas. 2018;(2).
- (5) Shneidman ES. Postvention: The care of the bereaved after suicide. New York: Grune & Stratton; 1981.
- (6) Campaign Against Living Miserably. The Last Photo [Internet]. London: CALM; 2022 [citado 2025 abr 25]. Disponible en: <https://www.thecalmzone.net/thelastphoto>

ADAPTANDO UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE BAJA INTENSIDAD FACILITADA POR TRABAJADORAS COMUNITARIAS DE SALUD AL CONTEXTO DE LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS

Verónica Ortega¹

Isabel Osorio

Carolina Guzmán

Ana Cecilia Ortega

INTRODUCCIÓN

En las comunidades de la Sierra Madre de Chiapas, donde la organización de salud global Compañeros en Salud trabaja, se creó en 2019 el proyecto de *Cuidadoras de Salud Mental* en el que nueve trabajadoras comunitarias supervisadas; brindan acompañamiento de salud mental a juventudes y adultos con síntomas de depresión y ansiedad, ya que los servicios de salud mental especializados en la región son escasos e inaccesibles [1]. Este proyecto comenzó con la implementación de Enfrentando Problemas Plus (EP+), una intervención psicológica estructurada y de baja intensidad creada por la Organización Mundial de la Salud para personal no especializado en salud mental [2]. Después de seis años de implementación compartimos las adaptaciones contextuales y lecciones aprendidas de facilitar esta intervención en las comunidades rurales de la Sierra.

METODOLOGÍA

Las adaptaciones de EP+ comenzaron con el lenguaje y las hojas de trabajo, así como la psicoeducación impartida, haciéndolo más contextualizado a las experiencias de las comunidades de la Sierra y de las Cuidadoras que lo facilitan. [2] Junto con las Cuidadoras se crearon metáforas adaptadas y también se les capacitó en diferentes ejercicios de atención plena para sumar a los de EP+. Además, se sustituyó la escala PHQ9 para medir depresión por una versión validada en la región [3]. Para facilitar la guía de las sesiones, así como la recolección de datos y su análisis se creó una aplicación de Commcare de esta intervención. A lo largo de estos años se les capacitó a las Cuidadoras en una atención más profunda en distintos temas que se salían de su entrenamiento en depresión y ansiedad (por ejemplo: violencia de género y trauma). Por último, se amplió el rango de intervenciones que pueden ofrecer las Cuidadoras, aplicando algunos principios y hojas de trabajo de EP+ a capacitaciones más extensas de Primeros Auxilios Psicológicos, Terapia de Sesión Única y otros tipos de acompañamientos basados en las necesidades de sus consultantes. [1]

RESULTADOS

EP+ ha probado ser una intervención muy útil para capacitar de forma inicial a las Cuidadoras en la provisión de acompañamiento psicológico estructurado para depresión y ansiedad. Sin embargo,

1

E-mail: vortega@pih.org

fue crucial hacer adaptaciones constantes de esta intervención para que tanto las Cuidadoras como sus consultantes se sintieran más cómodas e identificadas con estas sesiones. El uso de la app de Commcare para estas sesiones probó ser muy útil para la recolección de datos y supervisión, sobre todo cuando en 2023 empezó a incrementar la violencia organizada en el estado y esto dificultó tanto la supervisión presencial como las referencias de parte de personal de atención primaria. Aunque esta situación ha dificultado el trabajo de las Cuidadoras también ha generado que tengan más autonomía en su trabajo y en cómo dan acompañamiento. Finalmente, también notamos las limitantes que tenía EP+ con algunos malestares de personas y sus contextos socioculturales (ej: dificultades para atender las cinco sesiones, escolaridad, violencia estructural, percepciones de la salud mental), por lo ampliar el rango de intervenciones facilitadas fue crucial para adaptarnos a las necesidades de las personas.

CONSIDERACIONES

Hacer adaptaciones a EP+ al contexto de las comunidades a las que se aplica permite que pueda responder a las necesidades de las personas usuarias y quienes lo facilitan, generando espacios seguros para cuidar de la salud mental que de otra forma serían inaccesibles. Con una buena capacitación y supervisión, las trabajadoras comunitarias pueden utilizar EP+ como base y sus ejercicios como herramientas para facilitar una gama de otras intervenciones psicológicas, teniendo la autonomía para decidir cuáles son más útiles para las personas que atienden.

REFERENCIAS

- [1] Rodríguez-Cuevas, F.G., Hartman, S.J., Aguerrebere, M., Palazuelos, D. Accompanying People with Mental Illnesses: The Role of CHWs in Mental Health-Care Services in Chiapas, Mexico. In: Okpaku, S. (eds) Innovations in Global Mental Health. Springer: Cham; 2020. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9_101-1
- [2] Dawson KS, Bryant RA, Harper M, Kuowei Tay A, Rahman A, Schafer A, van Ommeren M. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. World Psychiatry. 2015 Oct;14(3):354-7. doi: 10.1002/wps.20255.
- [3] Spedding M, Kohrt B, Myers B, Stein DJ, Petersen I, Lund C, Sorsdahl K. ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) tool: adaptation and psychometric properties in South Africa. Global Mental Health. 2022;9:375–383. Doi: <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.40>

ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL: TENDÊNCIAS E DISPARIDADES REGIONAIS ENTRE 2014 A 2022

Thaís Rosa Gomes Junger¹

Yuri Yukio De Sá Kimura

Juliane Monteiro de Figueiredo Gomes

Lívia Mello Dias Gomes

Alessandra Bento Veggi

Cristiane Novaes

Raphael Guimarães

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Embora avanços tenham sido alcançados na expansão da cobertura de serviços de saúde e na redução de alguns indicadores negativos, como a mortalidade infantil em determinadas regiões, configuram-se como desafios persistentes, profundamente enraizados nas disparidades regionais e socioeconômicas [1]. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) evidencia um mosaico de tendências e desigualdades que demandam análises aprofundadas e intervenções estratégicas. A avaliação da saúde materna exige a consideração de indicadores robustos, como a mortalidade materna, a cobertura e qualidade da assistência pré-natal e a incidência de cesáreas [2]. No Brasil, o acesso restrito aos cuidados pré-natais de qualidade, as precárias condições socioeconômicas de muitas famílias e a lacuna na conscientização sobre a importância da saúde materno-infantil configuram obstáculos significativos, que impactam negativamente a qualidade da assistência prestada [3]. A avaliação da qualidade do pré-natal encontra no Índice de Kotelchuck um instrumento valioso, capaz de identificar áreas que demandam intervenção e aprimoramento [4]. Este índice, ao classificar a assistência pré-natal em categorias que variam de inadequada a excelente, permite uma análise detalhada da distribuição e da qualidade dos serviços oferecidos às gestantes em diferentes regiões do país.

OBJETIVO

O presente estudo se propõe a analisar a disparidade regional na tendência da adequação do pré-natal no Brasil, por regiões e estratos de desenvolvimento humano, no período de 2014 a 2022, utilizando dados do SINASC e o Índice de Kotelchuck.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de séries temporais, realizado a partir dos registros de nascimentos no Brasil e macroregiões, entre os anos de 2014 e 2022, constantes no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foi utilizado o método de regressão segmentada

1 Universidade Estácio de Sá. E-mail: thaisrgjunger@gmail.com

(Joinpoint Regression) a fim de identificar o número e a localização das mudanças na tendência, bem como estimar a Mudança Percentual Anual (APC) para cada período estabelecido entre os pontos de inflexão. Em seguida foram comparadas as tendências temporais entre o Brasil e as macrorregiões. Por se tratar de um estudo com dados secundários, de acesso público e irrestrito, e em consonância com as resoluções 466/2012 e 510/2016, o estudo fica isento de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, serão respeitados os princípios éticos de confidencialidade e privacidade dos dados, utilizando informações agregadas e anonimizadas.

RESULTADOS

A análise da variação regional do Índice de Kotelchuck no Brasil, no período de 2014 a 2023, revelou uma tendência de melhoria generalizada na adequação do pré-natal, embora com disparidades regionais significativas. O aumento do índice nacional de 56% para 70% reflete os esforços para aprimorar o acesso e a qualidade do pré-natal em todo o país. No entanto, a análise regional revela que esse progresso não é homogêneo. As regiões Norte e Nordeste, apesar dos aumentos percentuais mais expressivos, ainda apresentam os menores índices, o que pode ser atribuído a fatores como dificuldades de acesso, uma vez que as vastas distâncias geográficas e as dificuldades de infraestrutura nessas regiões podem dificultar o acesso regular aos serviços de saúde. A região Norte, por exemplo, destacou-se com o maior aumento percentual, saltando de 36% para 53%, um crescimento de 47,22%, embora ainda apresente os menores índices. O Nordeste também registrou um aumento significativo, de 46% para 63%, um crescimento de 36,96%. O Centro-Oeste apresentou um aumento mais moderado, de 58% para 70%, um crescimento de 20,69%. O Sudeste evoluiu de 64% para 75%, com um aumento de 17,19%, enquanto o Sul, que já possuía os maiores índices, aumentou de 67% para 77,4%, um crescimento de 15,52%. Esses resultados indicam uma tendência de convergência entre os índices regionais, com as regiões de menores índices iniciais demonstrando maior crescimento. No entanto, a persistência das disparidades regionais ressalta a necessidade de políticas públicas que considerem as especificidades de cada região, para garantir a equidade no acesso a um pré-natal de qualidade em todo o território nacional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo demonstrou uma melhora geral na adequação do pré-natal no Brasil na última década. No entanto, a distribuição desse progresso foi desigual, revelando disparidades regionais que exigem intervenção urgente. As regiões Norte e Nordeste, apesar de apresentarem os maiores aumentos percentuais, continuam com os menores índices, consequência de desafios como acesso geográfico limitado e fatores socioeconômicos. A tendência de convergência observada, com regiões de menores índices iniciais mostrando maior crescimento, é promissora. Contudo, a persistência das desigualdades regionais destaca a necessidade de políticas públicas direcionadas as particularidades de cada região, fortalecendo a atenção primária, expandindo e qualificando a força de trabalho em saúde, e melhorando a infraestrutura dos serviços. Reconhecer e abordar essas disparidades é essencial para avançar rumo a um sistema de saúde mais justo e eficaz para gestantes e seus filhos.

REFERÊNCIAS

- (1) Domingues RMSM, Dias MAB, Schramm JMA, et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: análise de indicadores de estrutura, processo e resultado. *Cad. Saúde Pública*. 2021;37(1):e00297619.
- (2) Malta M, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MDC. Mortalidade materna no Brasil: tendência temporal e distribuição espacial segundo regiões e capitais brasileiras, 2006-2015. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2018;18(3):621-631.
- (3) Vilela MEA, Scochi MJV, Boscato LMS, et al. Fatores associados ao pré-natal inadequado e sua relação com a morbimortalidade perinatal. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2019;23(1):e20180295.
- (4) Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH. Assistência pré-natal no Brasil: análise da cobertura e da qualidade, segundo o índice de Kotelchuck, 2012 e 2016. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(3):e00288917.

ADESÃO AO TRATAMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ABRIGADA: BARREIRAS E FACILITADORES

Mauricio Luis Viecili¹

Breno Alves da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As condições de vida impactam diretamente a saúde, com efeitos especialmente visíveis na população em situação de rua, marcada por alta prevalência de doenças infecciosas e crônicas, além de agravos associados ao uso de substâncias. O crescimento deste grupo reflete o agravamento das desigualdades sociais no Brasil. Para além das precariedades materiais, múltiplas barreiras — sociais, programáticas e subjetivas — comprometem o acesso aos serviços e a continuidade do cuidado. O abandono de tratamentos como o da tuberculose evidencia a urgência de compreender os fatores que influenciam esse processo. A literatura indica que ele é atravessado por aspectos como percepção da doença, estrutura dos serviços e redes de apoio. Diante disso, o estudo analisa o cuidado de pessoas em situação de rua abrigadas, mostrando como o vínculo, o acolhimento e a política de redução de danos podem favorecê-lo. Destacam-se, por outro lado, a fragmentação da rede, os conflitos entre modelos terapêuticos e as limitações no acesso à atenção especializada. A investigação contribui para reflexões sobre práticas e políticas voltadas à inclusão dessa população e à promoção de um cuidado integral e humanizado.(1-6)

OBJETIVO

Investigar os fatores que atuam como barreiras e facilitadores à adesão ao tratamento de saúde em pessoas em situação de rua abrigadas no Abrigo Tom Jobim e acompanhadas pela Clínica da Família Assis Valente, no Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo com base na fenomenologia, por meio de entrevistas semiestruturadas com 11 participantes em situação de rua, abrigados e acompanhados clinicamente na Clínica da Família Assis Valente. A seleção foi por conveniência, priorizando indivíduos com comorbidades. As entrevistas ocorreram entre outubro e dezembro de 2024, em espaço reservado na unidade, abordando temas como barreiras de acesso, continuidade do cuidado e redes de suporte. A análise seguiu abordagem temática em três etapas: identificação das unidades de contexto, agrupamento temático e categorização entre barreiras e facilitadores, segundo dimensões individual, social e programática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (parecer nº 7.123.013), com consentimento livre e esclarecido conforme a Resolução nº 466/12. Não houve financiamento externo para este estudo.

1 Departamento de Saúde Coletiva (DESCOL), Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva (EENFSC) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: roberta_fdacosta@yahoo.com.br

RESULTADOS

A adesão ao tratamento revelou-se atravessada por múltiplas dimensões. No eixo social, a cronicidade da situação de rua, vínculos familiares frágeis e exposição à violência surgem como barreiras, enquanto o desejo de reintegração e o reconhecimento da vulnerabilidade favorecem o cuidado. Na rede de saúde, a atuação do Consultório na Rua, o vínculo com equipes das Clínicas da Família e CAPS, e a presença de profissionais empáticos foram destacados como facilitadores. Em contrapartida, a fragmentação entre serviços, ausência de contrarreferência, dificuldades de acesso à atenção especializada e infraestrutura inadequada foram entraves. No eixo do conhecimento e saúde mental, a percepção da gravidade das doenças, experiências de internação e o medo da morte motivaram a adesão. Já a saúde mental fragilizada, os efeitos adversos de medicações e o uso contínuo de substâncias dificultaram a continuidade do cuidado. Conflitos entre abordagens de CAPS e comunidades terapêuticas também comprometeram o seguimento. A política de redução de danos foi valorizada quando integrada ao vínculo, escuta ativa e acolhimento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A adesão ao tratamento de saúde na população em situação de rua é atravessada por determinantes sociais, estruturais e subjetivos. O vínculo com a equipe, a escuta qualificada e a articulação entre serviços se destacam como facilitadores. Já a fragmentação da rede, a ausência de estratégias individualizadas e os conflitos entre modelos de cuidado dificultam a continuidade terapêutica. O estudo limita-se a pessoas abrigadas ou em busca de abrigo, não contemplando quem permanece nas ruas e recusa o cuidado. Nesse sentido, o Decreto RIO nº 53816/2023(7), que institui o programa ‘Seguir em Frente’, representa um esforço intersetorial para integrar saúde, moradia e trabalho, embora sua implementação ainda enfrente desafios.

REFERÊNCIAS

- (1) Varanda W, Adorno RCF. *Saúde Soc.* 2004;13(1):56–69.
- (2) Brasil. Ministério Da Saúde. *Política Nacional Para População Em Situação De Rua.* Brasília, DF: MS; 2009.
- (3) Ipea. *Nota Técnica Nº 73, Estimativa Da População Em Situação De Rua.* 2020.
- (4) Bertolozzi Mr Et Al. *Rev Esc Enferm Usp.* 2009;43(Spe2):1326–30.
- (5) Zuim RCB, Trajman A. *Physis.* 2018;28(2):E280205.
- (6) Brasil. Ministério Da Saúde. *Políticas De Redução De Danos.* Brasília, DF: MS; 2005.
- (7) Rio de Janeiro (município). *Decreto Rio Nº 53816/2023. Programa “Seguir Em Frente”.* Disponível em: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2024/05/Seguir-em-Frente.pdf>

ADESÃO DE IDOSOS AOS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS: ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Carla Regina de Alvarenga Ossola¹

Ana Luiza Jardim

Giovana Maria Aparecida de Lazari de Melo Fabre

Nubia Rosa Muniz

Luciana Cleto Schumacker

Rayane Beatriz da Silva Miranda Ramalho

Rita Liziet Ferreira de Carvalho

Ana Luiza dos Santos Clemente

Mariana Menezes Santos

Vitor Bessa Costa

Alexandra Costa Moura de Souza

Gerlane Souza

Gilmar Santos Ferreira

Nívea Guimarães

Vivia de Holanda Machado

Lisangela Silva Robert

Ana Paula Melo de Oliveira

Rafael da Silva Miranda

Vinicius Pereira

Natasha Paula Guimarães Sant'Anna

Rodrigo Pires Figueira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A manutenção da saúde bucal em qualquer faixa etária é fundamental no que se refere à qualidade de vida e ao distanciamento dos agravos que causam danos ao bem-estar(1).

O aumento na expectativa de vida tem proporcionado uma observação diferenciada sobre a população de idosos que é uma corrente em constante crescimento no mundo, segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. A população brasileira também emerge seguindo essa tendência, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)(2).

Os cuidados com a Saúde Bucal adotavam procedimentos restritos aos atendimentos de urgência e, por muitas vezes, em mutilação, contribuindo para a precariedade na vida da população idosa, que hoje faz uso de próteses mal adaptadas, gerando lesões bucais, além da prevalência de cáries(3).

A formação odontológica atual prioriza um cuidado diferenciado, não somente observando a

1 Univassouras Saquarema. E-mail: carla.odonto.ossola@gmail.com

queixa principal, mas destacando a importância de estar atento às particularidades de cada um, onde sua formação contribua para promover melhorias significativas no cotidiano desses idosos(2).

Os resultados mostram uma parcela expressiva dessa população que precisa e anseia ter acesso aos tratamentos odontológicos. O momento atual exige que as questões do envelhecimento saudável sejam amplamente discutidas e planejadas com práticas educativas, acompanhamentos pelas equipes de ESF, dentre outros assuntos pertinentes à saúde, dentro da realidade de cada um.(4)

Essas propostas possibilitam que uma demanda maior da população idosa possa ter a oportunidade de ter sua saúde bucal valorizada. Dessa forma, minimizando os quadros que impulsionam ainda mais o adoecimento, causando outros transtornos, que agora não pode culminar em descaso nuevamente(5).

OBJETIVO

Sintetizar o que a literatura científica aborda sobre as estratégias e propostas participativas entre equipes multidisciplinares, o profissional de Odontologia, outros profissionais como os cuidadores de idosos, familiares próximos e a própria população idosa com a percepção, conscientização e aprendizagem de autocuidado, para que possam trabalhar para incentivar a adesão aos cuidados essenciais para a manutenção e o tratamento da saúde bucal em idosos,

Identificar as abordagens mais eficazes, além das possíveis práticas educativas dentro das realidades vividas por cada indivíduo.

METODOLOGIA

O presente estudo utilizou uma revisão narrativa da literatura científica e relatos de casos de projetos de extensão pesquisados, obtida das bases de dados SCielo, BVS, PubMed e LILACS. Esse tipo de revisão possibilita atualizar o conhecimento sobre o estudo a ser realizado.

Foram realizadas buscas bibliográficas utilizando como descritores: estratégias para saúde bucal do idoso, assistência bucal ao paciente idoso, reabilitação do paciente idoso na Odontologia, práticas de saúde na assistência ao idoso empregando para tais reflexões embasamentos teóricos e relatos de casos extensionalistas, que organizaram a temática da saúde bucal do idoso através da participação deles em oficinas trocando suas experiências.(6)

Foi feita uma leitura metódica de cada artigo pesquisado, selecionando os que responderam ao objetivo escolhido por este trabalho. Analisou-se, também, alguns trabalhos a fim de identificar ações desenvolvidas que visem para a melhoria da saúde bucal dos idosos.

RESULTADOS

Estudos apostam que a inclusão de equipes de saúde bucal em todas as Unidades de Saúde da Família, e a capacitação permanente dos profissionais de saúde, são estratégias fundamentais para a qualificação do cuidado(3,4).

O envelhecimento saudável envolve a boa capacidade funcional, autônoma e social dos indivíduos, sendo a saúde bucal de extrema relevância para a qualidade de vida dos idosos, influenciando significativamente seu bem-estar.

Além disso, propostas como a implantação de unidades móveis odontológicas, criação de centros especializados em Odontogeriatria, campanhas educativas voltadas a idosos e seus cuidadores, têm se mostrado eficazes em experiências locais e internacionais(5,6).

Conclusões/Considerações

A manutenção da saúde bucal em idosos requer uma abordagem abrangente e personalizada, englobando práticas, propostas e estratégias de promoção, prevenção e tratamento da saúde bucal sendo construídas de forma coletiva e participativa para que a adesão pelos idosos aconteça de forma eficaz e positiva.

Analisando as publicações dos artigos selecionados, constatou-se que, apesar dos avanços na cobertura da atenção básica odontológica, a população idosa permanece subatendida, no contexto das políticas públicas. A ausência de programas contínuos e especializados em Odontogeriatria, a baixa oferta de profissionais capacitados, e a falta de infraestrutura em unidades básicas comprometem o atendimento integral e holístico a terceira idade. Embora o Brasil conte com iniciativas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil sorridente), a integração dessas ações ainda é iniciante, incipiente.

REFERÊNCIAS

- (1) Promoção da saúde bucal em idosos: avaliação de fatores de risco e estratégias preventivas. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16896/9551>.
- (2) View of guarantee of the right to oral health of the elderly: professional qualification in long-term care institutions as an effective strategy. Disponível m: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/2391/2839>.
- (3) Organização da Atenção à Saúde Bucal Prestada ao Idoso nas Equipes de Saúde Bucal da ESF SCIELO Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/dyMPgdP9cyCwpWwLvmzhbVh/?format=pdf&lang=pt>.
- (4) Oficinas Pedagógicas como estratégia de práticas educativas sobre saúde bucal de pessoas idosas: Relato de experiencia. Ensino Tecnol Rev. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/etr/article/view/19026/0>.
- (5) Multidisciplinaridade no cuidado e atenção à saúde bucal do idoso. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/3949/2661>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- (6) Figueira RP *et al.* Ações de educação em saúde bucal para pessoas na terceira idade: contribuições do Projeto "Sorrindo na Melhor Idade". Revista Delos. 2025;18(63):e3520. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/3520>.

ALIMENTOS AO ALCANCE DAS CRIANÇAS: ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO À FRUTAS E VEGETAIS E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM DOMICÍLIOS BRASILEIROS

Linda Priscila Barbosa de Jesus Garcia¹

Maria Luiza de Moura Rodrigues

Raquel Machado Schincaglia

Ana Amélia Freitas Vilela

Karine Anusca Martins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O alcance a alimentos saudáveis influencia nas escolhas alimentares das crianças¹. A acessibilidade de alimentos saudáveis, como frutas e vegetais, favorece a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), em diferentes contextos¹. Verifica-se que um menor consumo de frutas e vegetais em lares está associado a um ambiente alimentar doméstico desfavorável à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como à Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN). Para tanto, a implementação de políticas públicas que melhorem o acesso aos alimentos saudáveis pode ser crucial para mitigar a InSAN e promover o alcance do direito à alimentação adequada e saudável (DHAAS), especialmente, em populações vulneráveis²⁻⁴. Nesse contexto, investigar a associação entre o fato de frutas, verduras e legumes em domicílios brasileiros estarem ao alcance (acessível) às crianças e a insegurança alimentar e nutricional é fundamental para compreender melhor essa relação e desenvolver estratégias eficazes para abordar a SAN, no ambiente doméstico.

OBJETIVO

Investigar a associação entre expor ou deixar ao alcance de crianças frutas, verduras e legumes (FVL) em domicílios brasileiros e a insegurança alimentar e nutricional infantil.

METODOLOGIA

Estudo transversal analítico, de base dados secundários, disponível em bancos públicos do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), que avaliou crianças menores de cinco anos. Para avaliar a disponibilidade de FVL foi questionado ao responsável se esses alimentos estavam visíveis e ao alcance das crianças (nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre). Para avaliar a SAN nos domicílios foi utilizada a escala brasileira de InSAN (EBIA), e foi classificado em SAN, InSAN leve, moderada e grave. Os dados foram analisados pela linguagem de programação R. A análise de regressão logística ordinal foi realizada para avaliar a associação entre as respostas e os níveis de segurança alimentar considerando um nível de significância de $p < 0,05$.

¹ Universidade Federal de Goiás. E-mail: lindapriscula@discente.ufg.br

RESULTADOS

Foram avaliadas 14.558 crianças e 51,64% (IC95%:49,08-54,20) eram pardas. Em relação à escolaridade dos responsáveis, 39,48% (IC95%: 37,31-41,66) dos concluíram o ensino médio. No tocante a renda e benefícios, 66,92 % (IC95%: 64,36–69,47) das famílias possuíam uma faixa de renda de até R\$2.000,00 e 57,19% (IC95%: 53,94–60,45) não recebiam benefícios sociais. Acerca do tipo de domicílio, 90,84% (IC: 89,10–92,58) moravam em casa e 93,19% (IC: 90,78–95,60) recebiam água por meio da rede geral de distribuição. Quanto à classificação da EBIA, 51,87% (IC: 46,72-57,02) as famílias estavam na faixa de segurança alimentar e nutricional (SAN). No que se refere ao alcance das FLV, 35,18% (IC:32,56-37,80) dos responsáveis relataram que os alimentos sempre estavam em locais visíveis e facilmente alcançáveis pelas crianças. Em relação às respostas dos responsáveis, raramente não teve efeito significativo sobre a segurança alimentar (coeficiente = -0.1029, $p = 0.47363$). A resposta às vezes (coeficiente = -0.3831, $p = 0.00198$), quase sempre (coeficiente = -0.6570, $p = 0,00$) e sempre (coeficiente = -0.6802, $p = 0,00$) foram associadas a uma redução significativa da insegurança alimentar, com os maiores efeitos nas frequências mais altas. Quanto mais os responsáveis deixam as FVL ao alcance das crianças, maior a segurança alimentar.

Nos domicílios com SAN, 53,00% das famílias deixavam FVL à vista das crianças com frequência, enquanto em domicílios com InSAN moderada e grave, predominaram as respostas “nunca” ou “raramente” em relação a deixar esses alimentos visíveis e alcançáveis aos seus filhos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados deste estudo sugerem que há associação entre a forma com que os pais ou responsáveis possibilitam que frutas, verduras e legumes fiquem em locais visíveis e facilmente alcançáveis pelas crianças e os níveis de SAN nos domicílios brasileiros. A análise mostrou que, nos domicílios com segurança alimentar, os responsáveis tendem a deixar esses alimentos à vista das crianças com mais frequência. Além disso, a frequência com que os alimentos são deixados ao alcance das crianças tem um impacto significativo na segurança alimentar, indicando que a disponibilidade dos alimentos às crianças, influenciam nas suas escolhas, e por sua vez, em melhor estado nutricional.

REFERÊNCIAS

- (1) Araújo ML, Mendonça RD, Lopes Filho JD, Lopes ACS. Associação entre insegurança alimentar e ingestão alimentar. *Nutrition* [Internet]. 2018 Oct;54:54-9. doi:10.1016/j.nut.2018.02.023.
- (2) Población AP, Cook JT, Marín-León L, Segall-Corrêa AM, Silveira JAC, Konstantyner T, et al. Insegurança Alimentar e o Impacto Negativo na Saúde das Crianças Brasileiras–Por que a Segurança Alimentar Importa para a Nossa Prosperidade Futura? Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDS 2006/07). *Food Nutr Bull* [Internet]. 2016 Dec;37(4):585-98. doi:10.1177/0379572116664167. PMID:27604621.
- (3) Bezerra MS, Lima SCVC, Souza CVS, Seabra LMJ, Lyra CO. Ambientes alimentares e associação com insegurança alimentar domiciliar: uma revisão sistemática. *Public Health* [Internet]. 2024 Oct;235:42-8. doi:10.1016/j.puhe.2024.06.022. PMID:39043007.

ANÁLISE COMPARATIVA DOS INDICADORES LETALIDADE E TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE E LEPTOSPIROSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2016 A 2021

Marilon Rodrigues Sá¹

Renata de Saldanha da Gama Gracie Carrijo

Maria Angela Pires Esteves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O estudo analisa a ocorrência de dengue e leptospirose no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2016 e 2021. A leptospirose é uma zoonose bacteriana encontrada em muitos animais domésticos e selvagens, com destaque para ratos como principal reservatório. A dengue é uma arbovirose, com rápida disseminação. A dengue e a leptospirose são doenças de notificação compulsória, endêmicas e possuem características entre si frente às suas dinâmicas temporais e indicadores socioeconômicos e ambientais, além de similaridades de sinais e sintomas iniciais. Porém, observa-se uma variação na informação, investigação e encerramento dos casos. As mudanças climáticas globais já são analisadas há tempos e suas consequências locais podem ser observadas em longo prazo favorecendo o aparecimento de doenças como a leptospirose e a dengue. Seus efeitos podem ser alarmantes já que as inundações não ocorrem de forma homogênea, tendo a população mais vulnerável, fortemente atingida por esses eventos climáticos. Assim, a vigilância em saúde deve observar a necessidade de monitoramento e análise da disseminação de doenças a fim de apoiar a construção de políticas públicas na proteção coletiva frente a estes agravos.(1-3)

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi comparar os indicadores de letalidade e taxa de incidência da dengue e da leptospirose no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2016 e 2021.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico com análise de dados secundários, tendo como fontes o Sistema Nacional de Agravos de Notificação–SINAN e o Sistema de Informação de Mortalidade–SIM, disponíveis no TABNET/DATASUS. As análises foram realizadas através da busca de casos confirmados e óbitos por dengue e leptospirose no estado do Rio de Janeiro, por município nos anos de 2016 a 2021, além de dados demográficos com a população estimada disponíveis no TABNET/DATASUS – TCU 2021, para cálculo do indicador taxa de incidência, que mede a frequência de casos novos de uma doença em um grupo de pessoas expostas a um mesmo risco, dentro de uma área delimitada. Já a letalidade é um indicador que monitora o número de óbitos em relação ao número de

1

Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: marilonrodriguesa@gmail.com

pessoas que adoeceram por esta causa. Assim, é possível comparar a taxa de incidência e a letalidade dos casos de dengue e leptospirose ocorridos no estado do Rio de Janeiro de 2016 a 2021. A estimativa populacional para o estado do Rio de Janeiro foi de 17.463.349 habitantes para o ano de 2021 utilizado neste estudo para os 92 municípios.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram que a taxa de incidência de dengue apresentou uma variação ampla de 0,0 a >1000,0 por 100 mil habitantes entre os anos. O período de maior destaque, apresentando casos notificados em todos os municípios e altas taxas foi encontrado no ano de 2016. Neste ano é possível observar taxas >1000,0 na Região Noroeste do estado, assim como na Região Serrana e alguns municípios do Centro-Sul e do Médio Paraíba, regiões de fronteira com os estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Os anos de 2020 e 2021, apresentaram as menores taxas no período. Quanto à leptospirose, a taxa de incidência apresentou uma variação menor entre 0,0 a >15,0 por 100 mil habitantes entre os anos. Sua média entre os anos também revela um padrão endêmico com taxas > 0,01 em todo o estado, com destaque em alguns municípios das Regiões do Médio Paraíba e do Noroeste. A letalidade por dengue apresentou uma variação de 0,0 a >10,0 por 100. O ano de 2016 apresentou um maior número de municípios afetados, porém não ultrapassaram 1,0, exceto o município de Itaguaí em destaque com 1,79%. A letalidade por leptospirose apresentou uma variação maior, de 0,0 a >60,0 por 100. No ano de 2016 observa-se uma concentração na Região Metropolitana, com 15 a 30%, porém as maiores como 100% foi observada na Região Noroeste do estado. Quanto à média da letalidade por leptospirose para os anos 2016 a 2021, observamos uma distribuição espacial contínua e bastante variada no estado com menores registros nas Regiões Serrana e dos Lagos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo pôde concluir que após calculados os indicadores e compará-los frente a esses agravos, para cada ano delimitado no estudo, no estado do Rio de Janeiro, as taxas de incidência de dengue mostraram-se maiores do que as de letalidade. Já no caso da leptospirose observou-se o inverso, as letalidades são muito elevadas enquanto sua incidência se apresenta muito baixa. Além disso, verificou-se que a relação entre dengue e leptospirose continua apresentando padrões diferenciados. Embora estejam fortemente relacionadas a eventos climáticos, outros fatores também podem ser responsáveis pelo seu desenvolvimento, como a vulnerabilidade social, a ausência de saneamento básico, e ações de prevenção². Portanto, a complexa epidemiologia desses agravos exige medidas intersetoriais. Compreender esses determinantes, pode auxiliar na prevenção e redução de novos casos e óbitos, contribuindo com o planejamento de políticas públicas estratégicas frente ao território e ao grupo populacional exposto.

REFERÊNCIAS

- (1) Gonçalves APP et al. Aspectos epidemiológicos da dengue e leptospirose em um município de região fronteira do Brasil. 2020;6(7):43085-43097. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-068>.
- (2) Carrijo RSGG. O contexto socioeconômico climático e ambiental da ocorrência de leptospirose e o impacto das intervenções do PAC saneamento [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019.
- (3) Barcellos C et al. Mudanças climáticas e ambientais e as doenças infecciosas: cenários e incertezas para o Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2009;18(3):285-304. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300011>.

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E DE GESTÃO MACRORREGIONAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Graziele Martins Corrêa¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) do IBGE, em 2018, os três grupos populacionais brancos, pretos e pardos representavam 99% da população brasileira, sendo que os pretos e pardos ocupam 56% desse percentual. Embora a população negra seja numericamente expressiva na sociedade brasileira, quando se fala de indicadores importantes como renda, empregabilidade, mortalidade, entre outros, é o grupo que apresenta os piores índices.¹

De acordo com Silvio de Almeida (2019), o racismo estrutural é uma violência que está enraizada na estrutura socioeconômica e política, influenciando práticas e políticas públicas.² O racismo é revelado na estrutura pois pessoas negras são excluídas de organizações sociais e políticas, essas estruturas operam excluindo sujeitos racializados deixando-os em desvantagem visível, longe das estruturas dominantes.³

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) considera o encontro de diferentes marcadores sociais na produção de agravos em saúde e adoecimento enfrentados pela população negra, estudos evidenciam que dentre as causas de adoecimento e morte estão fatores ligados ao acesso aos serviços de infraestrutura, à alimentação, à moradia, à educação, à renda e ao trabalho.⁴

OBJETIVO

Esse estudo tem como objetivos analisar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra no contexto epidemiológico e de gestão macrorregional do Estado do Rio Grande do Sul; destacar a morbidade e mortalidade estratificada por raça/cor nas macrorregiões de saúde no estado e realizar diagnóstico situacional macrorregional a respeito de ações de enfrentamento e combate ao racismo utilizando a base de dados do Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, pois, segundo a concepção de Busnello⁵ (2005), o estudo quantitativo pode obter resultados que podem ser analisados estaticamente e conforme Minayo⁶ (2012), os elementos que compõem uma pesquisa qualitativa são experiências, vivências, senso comum e ação. O pesquisador precisa estar pronto para questionar a hipótese com base em dados, mas também

estar habilitado a imergir na dimensão sociocultural dos sujeitos participantes, aspectos que estarão presentes nesse estudo.

Os dados para análise quantitativa terão como fonte de coleta secundária os planos das sete macrorregiões de saúde, que apresentam informações correspondentes ao período 2020-2022, disponibilizados no site da Secretaria Estadual de Saúde/SES-RS (<https://saude.rs.gov.br/ageplan-pr>). Para complemento das informações também serão consultados o Portal BI da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>); Painel do Ministério da Saúde (Saúde da População Negra (saude.gov.br), acesso público; base dados Munic, painel disponibilizado pelo IBGE com análise estratificada por municípios, na (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=downloads>).

As determinantes e condicionantes em saúde, serão observadas, em cada macrorregião, pelas variáveis sociodemográficas de extensão territorial, demografia, caracterização da população por sexo, faixa-etária, escolaridade, pessoas em situação de rua, renda média domiciliar per capita, raça/cor da pele.

RESULTADOS

Com esse estudo espera-se contribuir para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde da População Negra ao oferecer um diagnóstico situacional macrorregional fundamentado em dados epidemiológicos e de planejamento em saúde do estado e Ministério da Saúde.

A análise da Política Nacional de Saúde da População Negra e ações de enfrentamento ao racismo permitem a identificação de lacunas existentes nos processos de planejamento em saúde e tomada de decisão. Ao analisar os dados estratificados por raça/cor o estudo pode subsidiar os processos de tomada de decisão resultando em ações equânimes e interseccionais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no contexto macrorregional do Estado do Rio Grande do Sul permitirá evidenciar as disparidades em saúde decorrentes do racismo institucional e estrutural. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para uma análise de políticas públicas feitas de forma interseccional ocasionando estratégias de enfrentamento pautadas nos princípios da equidade.

REFERÊNCIAS

- (1) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2019: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- (2) ALMEIDA, Sílvia Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.

- (3) KILOMBA, Grada. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogá, 2019
- (4) Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da População Negra. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- (5) RAMOS, Paulo; RAMOS, Magda Maria; BUSNELLO, Saul José. Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese.
- (6) MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/621-626/pt>

ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE PARTO E PUERPÉRIO DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

Jeremias Campos Simões¹

Louise Dutra E Mello de Oliveira

Ellen Milana Azevedo de Souza

Gabrielly Alves Sales

Thaís Rossetto Bispo

Sandra Maria do Amaral Chaves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A gravidez representa fase importante na vida da mulher, ocorrendo transformações físicas e emocionais profundas. No decorrer da história, o parto era realizado no ambiente doméstico, entre mulheres, de forma natural e íntima, porém as transformações sociais e advento de diferentes tecnologias, geram modificações dessa prática, e com isso o deslocamento do lugar de poder, em que as ciências médicas passa a dominar o parto, tornando-o cada vez mais medicalizado, e colocando a mulher no papel coadjuvante desse processo¹.

No Brasil, o processo de medicalização do parto foi agravado pela influência de diversos fatores, como a falta de privacidade, intercorrências na hora do parto, controle dos profissionais no processo de parir e, muitas vezes, a ausência de acompanhante no parto. Soma-se a esse cenário o aumento dos partos por cesariana, muitos desses sem indicação. Em 2016, o Brasil obteve o índice de 54,4% de partos cesáreos, o que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a classificar esse fenômeno como “epidemia de cesarianas”².

Diante desse cenário, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomenda que o parto saudável aconteça de forma natural, em ambiente humanizado, e que a cesariana seja indicada em casos de riscos reais para a mãe ou para o bebê. A recomendação reforça o direito da mulher à informação e à escolha consciente, valorizando a sua autonomia e protagonismo³.

OBJETIVO

Analisar a experiência de parto de mulheres que fazem acompanhamento de puerpério em uma Unidade Básica de Saúde no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, de caráter exploratório, realizado em uma Unidade Básica de Saúde, do município de Vitória, ES, no período de novembro

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: jcsimoes@id.uff.br

a dezembro de 2022. A amostra determinada por conveniência, sendo composta por participantes selecionadas de acordo com a disponibilidade durante o período da produção de dados. Foram incluídas na pesquisa mulheres gestantes, ou em acompanhamento de puerpério que eram atendidas no serviço. Como exclusão, mulheres que estavam no primeiro mês de gestação.

As participantes foram abordadas individualmente durante seu período de espera para atendimento no serviço, e após aceite foram convidadas para entrevista em sala reservada. Foi aplicado primeiro questionário semiestruturado para traçar o perfil socioeconômico, em seguida segundo questionário com perguntas sobre as experiências da participante, considerando a gestação, parto e puerpério. Os dados produzidos foram organizados e analisados no programa Microsoft Excel 2016, de forma descritiva e absoluta.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sob parecer nº 4.399.141.

RESULTADOS

Foram abordadas 41 mulheres, sendo 13 excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo, 8 se negaram participar, sendo elegíveis para o estudo 20 participantes. Os dados socioeconômicos revelaram que todas as participantes se identificaram com o gênero feminino, com predominância de mulheres na faixa etária de 32 a 37 anos (40%). Em relação à raça/cor, se declararam parda 45%, brancas 35% e 20% pretas. Quanto à religião, 40% se identificaram como católicas e outros 40% como evangélicas. Quanto ao estado civil, 55% eram casadas, 30% solteiras e 15% união estável. Quanto à escolaridade, 50% possuíam ensino superior completo; 30% ensino médio completo, e 20% fundamental incompleto. No total, 70% das puérperas afirmaram exercer alguma atividade profissional, enquanto 15% estavam desempregadas.

Os dados sobre as experiências de parto revelaram que, 75% das mulheres tiveram entre uma e duas gestações, e 30% relataram já ter sofrido aborto. Quanto ao tipo de parto, 35% realizaram cesárea agendada, e 70% afirmaram ter escolhido o tipo de parto. Relataram ter todas suas dúvidas durante o processo de parto 80% das participantes, enquanto 85% não se sentiram vulneráveis diante da atitude dos profissionais de saúde. Além disso, 85% relataram experiência de privacidade e presença de acompanhante durante o parto, e o grau de satisfação com o atendimento foi avaliado como “ótimo” por 65% das entrevistadas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Aspectos como raça/cor, escolaridade e condição socioeconômica ainda funcionam como marcadores de desigualdades em saúde, especialmente no que tange ao parto e ao puerpério, evidenciando a necessidade de produção de saúde que busquem reconhecer as mulheres que são atravessadas por essas iniquidades. Considerando as narrativas das participantes, os achados desse estudo sugerem que a realidade do território de saúde estudado, tem produzido avanços nas práticas de humanização e educação em saúde.

Garantias de direitos como a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a escuta qualificada dos profissionais de saúde, são elementos que fortalecem o protagonismo feminino no momento do parto, garantindo maior autonomia e segurança. Desse modo, evidencia-se nessa realidade que a efetivação do cuidado integral à saúde da mulher é marcada pelo acesso à informação, respeito e valorização das suas vivências no ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

- (1) Dias MAB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 maio [citado 2025 abr 1];27(5):1004–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/V9FKyHSDjNGZ7yGPNRnhjqc/>
- (2) Lansky S, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2019 ago [citado 2025 abr 1];24(8):2811–24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/>
- (3) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 038, de 23 de agosto de 2019. Recomenda ao Governador do Estado de São Paulo a revogação da Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019 [citado 2025 abr 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/recomendacoes/2019/recomendacao-no-038.pdf>

ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DA VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM OS FATORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Dálian Cristina Rocha¹

Ricardo Tavares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Trata-se de pesquisa realizada para dissertação de Mestrado acerca das percepções e vivências de adolescentes em relação à violência e como estes aspectos se relacionam aos determinantes de saúde.

Para a compreensão da violência como fenômeno social e histórico, é fundamental o estudo de seus determinantes sociais de maneira complexa e dialética, considerando como ela se relaciona com o momento vivido, os interesses e valores da época e sociedade em questão.

A violência está entre as principais causas de morbimortalidade entre os adolescentes, sendo reconhecida por afetar de maneira negativa o desenvolvimento e as perspectivas desse grupo. Em seu estudo, (Santos et al, 2010) estimam que os adolescentes interpretam a situação de violência, dando-lhes sentidos que permitem antecipar atos que os protejam ou que os envolvam diretamente com situações violentas.

Entende-se que as representações sociais de violência seriam fatores fundamentais para o desenvolvimento de processos para a prevenção da violência. Sendo assim, é importante a expansão do conhecimento sobre como os fatores sociais, econômicos, demográficos e culturais se associam às vivências e percepções dos adolescentes em relação à violência. (1,2)

OBJETIVO

Investigar vivências e percepção de violência e a sua associação com fatores socioeconômicos e demográficos, de adolescentes residentes nos Municípios de Belo Horizonte e Betim em Minas Gerais.

Avaliar a distribuição dos indicadores de vivência e de percepção da violência dos adolescentes participantes

Analisar a associação entre as vivências e percepções em relação à violência e as características dos adolescentes.

METODOLOGIA

O estudo realizado em 2018, consiste em pesquisa de campo com delineamento observacional, analítico, transversal. Trata-se de estrato do inquérito de base populacional “Saúde e violência: subsídios para a formulação de políticas públicas em promoção da saúde e prevenção da violência”.

1 Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: rtacsbetim@gmail.com

A amostra foi composta por adolescentes de 10 a 19 anos, 160 residentes no Município de Belo Horizonte e 173 no Município de Betim. O instrumento de coleta de dados foi questionário auto aplicável, aplicados no domicílio do adolescente. Durante o convite para a participação do adolescente na pesquisa, foi feita a leitura e assinatura do TCLE. A coleta de dados foi realizada por pesquisadores e Agentes Comunitários de Saúde.

Baseado no eixo temático “violência” foram desenvolvidos os indicadores de vivência e percepção da violência e para a caracterização socioeconômica e demográfica. As variáveis socioeconômicas e demográficas selecionadas para análise dos resultados foram, sexo, faixa etária, raça, núcleo familiar, renda familiar, escolaridade, evasão escolar, reprovação escolar, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, desemprego na família, acreditar em Deus e ter filhos.

RESULTADOS

Na análise univariada, para a vivência de violência, observa-se que 60,4% dos adolescentes apresentam indicador de alta vivência e para a percepção da violência 47,1% dos adolescentes apresentaram indicador para alta percepção. O indicador alto de vivência sugere também, indicador alto de percepção e vice-versa.

Com a análise bivariada foi possível observar a relação entre os indicadores e as variáveis socioeconômicas e demográficas. A análise multivariada revelou associação maior entre mulheres brancas com aqueles que possuem baixa percepção e baixa vivência de violência.

As mulheres não brancas se associaram mais com alta percepção e alta vivência, bem como com aqueles que possuem baixa percepção e alta vivência. Homens, os brancos se associaram mais com baixa percepção e baixa vivência, enquanto os não brancos, foram mais associados à alta percepção e baixa vivência. Existe maior associação entre aqueles entrevistados com renda familiar até 02 salários mínimos e alta percepção e baixa vivência. Renda familiar acima de 04 salários mínimos se associou mais com aqueles que possuem alta percepção e alta vivência. Associação maior entre aqueles entrevistados que são caracterizados em evasão escolar e/ou desemprego familiar com aqueles que possuem alta percepção e alta vivência. A reprovação escolar se associou mais com aqueles adolescentes cuja percepção de violência é alta e a vivência é baixa. Morar com pai e mãe e acreditar em Deus foram mais associados com percepção baixa e vivência baixa, ou também, com aqueles cuja percepção foi baixa e vivência alta.

Apesar de não alcançar amostra representativa, foi possível analisar a relação entre os fatores socioeconômicos e demográficos com a vivência e percepção dos adolescentes, em relação à violência.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Observou-se maior relação de sexo, raça e evasão escolar com uma vivência alta de violência e de sexo, raça, desemprego familiar, reprovação e evasão escolares com alta percepção de violência. Para

baixa vivência encontrou se maior relação com sexo, raça e para baixa percepção, sexo, raça, morar com pai e mãe e acreditar em Deus.

A produção do indicador de vivência de violência permitiu a visualização das experiências de violência vividas pelos adolescentes. O indicador de percepção nos trouxe informações sobre como a violência afeta a forma do adolescente lidar com seus espaços de circulação, seus receios sua autoimagem em relação à violência e sobre a possibilidade de evitá-la.

É fundamental compreender quais são e como os fatores individuais e coletivos exercem influência nas experiências de violência. Abordagens como a realizada por este estudo, auxiliam no entendimento deste fenômeno e facilitam caminhos para a prevenção da violência entre os adolescentes.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos MFS, Almeida AMO, Mota VL, Medeiros I. Representação social de adolescentes sobre violência e suas práticas preventivas. *Temas Psicol.* 2010;18(1):191–203.
- (2) Vila EA, Junges JR, Olinto MTA, Machado PS, Pattussi MP. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;28(4):289–97.

ANÁLISE DO PERFIL E EQUIDADE NO USO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV NO BRASIL ENTRE 2018 E 2023

Rafael Maciqueira da Silva¹

Adriana de Araujo Pinho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) representa um dispositivo contemporâneo efetivo no controle de novas infecções pelo vírus. Caracteriza-se pelo uso preventivo de medicamentos antirretrovirais antes da exposição ao agente infeccioso com o objetivo de diminuir o risco de transmissão [1]. Certos fatores, além da efetividade do medicamento, podem afetar o tratamento, tais como a presença de barreiras estruturais de longa distância até uma unidade dispensadora e resistência profissional para a prescrição [2]. Aspectos sociais como estigma sobre o HIV e barreiras individuais como a falta de conhecimento sobre a PrEP, falta de autopercepção sobre o risco de infecção e preocupação com as reações adversas impactam negativamente o acesso à tecnologia. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de estudos que abordem o contexto social de uso e a caracterização de segmentos populacionais de maior vulnerabilidade [3,4].

OBJETIVO

Avaliar o número e perfil dos usuários de PrEP e dispensações por região e estado do Brasil e a equidade no seu uso segundo a incidência de HIV/aids por região.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico com dados retrospectivos advindos do Painel PrEP e casos de HIV/aids registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no Brasil entre 2018 e 2023. Realizou-se a descrição do perfil de usuários e taxa de utilização de PrEP/10.000 habitantes/ano por unidades federativas e região do país, bem como a análise da descontinuação do tratamento, entendida como indivíduos que tiveram ao menos uma dispensação no período por ano. Para analisar acesso e disparidades foi calculada a *PrEP-to-need Ratio* (PnR) definida como a razão de usuários de PrEP em relação ao número de diagnósticos de HIV (*proxy* do número de pessoas em risco de infecção por HIV) em cada ano, por região, sexo, orientação sexual e identidade de gênero, idade e raça/cor. O uso da razão entre duas PnRs, conhecido como *PrEP equity ratio* (PER) foi útil para observar possíveis disparidades entre determinados grupos. O uso equitativo de PrEP é expresso quando o valor desta razão é igual a 1,0 e valores menores indicam iniquidades.

RESULTADOS

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: rmaciqueira@gmail.com

De 2018 a 2023, o número de usuários atendidos ampliou de 8.195 para 110.682 e o número de dispensações aumentou cerca de treze vezes. Homens gays cisgêneros (80,5%), pessoas brancas/amarelas (55,0%), entre 30 a 39 anos (42,4%) e escolaridade acima de 12 anos (69,5%) caracterizaram os usuários mais frequentes. Em 2023, as prescrições foram, em sua maioria, realizadas por médicos (63,5%) e enfermeiros (33,2%), contrastando com a prescrição exclusivamente médica no primeiro ano de análise, e originadas principalmente pelos Serviços Especializados (57,5%), Centros de Testagem e Aconselhamento (26,4%) e Atenção Primária (8,6%). A região Sudeste representou 57,9% das dispensações. As unidades federativas com maior número de usuários atendidos/10.000 habitantes/ano foram SP (10,1), DF (9,7) e SC (8,4) e as menores PA (1,7), AL (1,5) e MA (1,4). A proporção de descontinuidade do uso por unidade federativa variou de 21,3%–DF–a 47,1%–AC, com mediana de 29,5%. Houve aumento de cerca de vinte e sete vezes na PnR, de 0,16 para 4,28, entre os anos de análise. Em resumo, todas as variáveis observadas apresentaram melhoria no acesso à PrEP, na análise por PnR, ao longo da série temporal. Em 2023, as maiores disparidades observadas por variável pertenciam à raça/cor parda (PER:0,37), sexo feminino (PER: 0,29), região Norte (PER: 0,19), faixa etária de 15 a 17 anos (PER: 0,11) e indivíduos que nasceram do sexo masculino heterossexuais cisgêneros (PER:0,16). Importante mudança foi observada regionalmente ao longo do tempo, com a região Nordeste apresentando os menores valores em 2018 (PER:0,25) e 2019 (PER:0,24) e, em seguida, a região Norte de 2020 (PER:0,23) até 2023 (PER:0,19). A região Sudeste se manteve como a de maior dispensação por todo o período.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Houve aumento considerável do acesso à profilaxia, tanto na quantidade de usuários atendidos quanto no número de dispensações. A descentralização das dispensações nos últimos anos, prescrições por outras categorias profissionais e a disponibilidade recente do uso para outros públicos, como os adolescentes, favoreceram o aumento da utilização da PrEP. Contudo, ainda são necessários esforços para estimular o uso equitativo da tecnologia entre diferentes grupos, superando barreiras relacionadas especialmente à idade, orientação sexual e identidade de gênero e aspectos regionais.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Prevenção Combinada de HIV: bases conceituais para profissionais. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 126 p.
- [2] Antonini M, Silva IE, Elias HC, Gerin L, Oliveira AC, Reis RK. Barreiras para o uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2023;76(3):1-13.
- [3] Coukan F, Sullivan A, Mitchell H, Jaffer S, Williams A, Saunders J, Atchison C, Ward H. Impact of national commissioning of pre-exposure prophylaxis (PrEP) on equity of access in England: a PrEP-to-need ratio investigation. *Sexually Transmitted Infections*. 2024;100(1):166-172.
- [4] Sullivan PS, DuBose SN, Castel AD, Hoover KW, Juhasz M, Guest JL, Le G, Whitby S, Siegler AJ. Equity of PrEP uptake by race, ethnicity, sex and region in the United States in the first decade of PrEP: a population-based analysis. *The Lancet Regional Health – Americas*. 2024;33(1):1-11.

ANÁLISE DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO PRÉ NATAL ATRAVÉS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

Narayani Martins Rocha¹

Wanessa da Silva de Almeida

Célia Landmann Szwarcwald

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal (PN) adequada é essencial para reduzir a morbimortalidade materno-infantil, promovendo melhor crescimento intrauterino e menor ocorrência de complicações. No Brasil, a inadequação do PN está associada a desfechos negativos para mães e recém-nascidos, sendo a mortalidade infantil um reflexo da qualidade da atenção prestada [1]. A taxa de mortalidade infantil (TMI) continua elevada, com cerca de 70% das mortes ocorrendo no período neonatal. Ainda, a mortalidade materna também permanece um desafio, com a meta de redução para 30 mortes por 100.000 nascidos vivos ainda distante [2]. Apesar da ampliação da cobertura do PN, a integração entre a atenção primária e a assistência ao parto ainda apresenta falhas, impactando, sobretudo, a mortalidade neonatal precoce [3]. Além disso, persistem desigualdades na atenção pré-natal por subgrupos populacionais [4]. O fortalecimento das diretrizes do Ministério da Saúde e a integração dos serviços são fundamentais para melhorar a qualidade do PN e reduzir as desigualdades na saúde materno-infantil [5].

OBJETIVO

Descrever e investigar a associação entre as características socioeconômicas e geográficas maternas com indicadores de adequação do pré-natal a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019.

METODOLOGIA

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é um estudo transversal, nacional e domiciliar, feito pelo Ministério da Saúde e IBGE em 2013 e 2019. O objetivo é avaliar a saúde da população brasileira, fatores de risco e o desempenho do sistema de saúde, incluindo informações sobre gestação, como pré-natal, exames e assistência ao parto. A análise foca em mulheres com parto nos dois anos anteriores à pesquisa, com 15 anos ou mais, com dados de 2019 do Módulo S – Atendimento Pré-natal (PN). Foram descritas as variáveis socioeconômicas e geográficas maternas possivelmente associadas a três níveis de adequação do PN. Para os níveis de adequação foram selecionadas variáveis a partir da sua relevância para mensuração da qualidade do PN. O PN adequado 1 inclui início no primeiro trimestre

e seis ou mais consultas; o PN adequado 2 adiciona exames de sífilis e HIV e orientação sobre a maternidade de referência; o PN adequado 3 incorpora ainda aferição da pressão arterial e ausculta cardíaca fetal em todas as consultas. Para analisar a relação entre as variáveis e a adequação do PN, foram utilizados modelos de regressão logística múltipla no SPSS, considerando o desenho amostral e selecionando os níveis 2 e 3.

RESULTADOS

A análise dos níveis de adequação do pré-natal (PN) revelou diferenças importantes segundo variáveis socioeconômicas e geográficas. Entre os 3 níveis de adequação do PN, mães com maior escolaridade; brancas; que vivem com companheiro; renda acima de 1 salário-mínimo; local de realização do PN no setor privado e residir em área urbana apresentaram maiores percentuais de adequação ao PN. A idade também influenciou, com maior adequação entre mulheres acima de 30 anos em todos os níveis de adequação. Todos os resultados apresentaram significância estatística ($p < 0,05$), exceto pela variável “residir na capital” nos níveis 1 e 3 ($p = 0,362$ e $0,802$, respectivamente), mas no nível 2 as mulheres que vivem na capital tiveram maior adequação (52,5%) em comparação às que vivem no interior (51,7%). A análise por região mostrou desigualdades, com as regiões Sul e Sudeste apresentando os melhores indicadores.

Quanto aos fatores associados ao PN adequado 2, as categorias: residir em área urbana; escolaridade baixa e idade inferior a 24 anos apresentaram resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Já no modelo referente ao PN adequado 3, as regiões Norte e nordeste; residir em área urbana; viver com companheiro; escolaridade baixa e idades inferiores a 29 anos possui significância estatística, representando relevância para o modelo ($p < 0,05$).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A adequação do pré-natal no Brasil ainda reflete desigualdades socioeconômicas e regionais. Mulheres com maior escolaridade, renda mais alta, que vivem com companheiro e utilizam o setor privado apresentam maior adequação ao PN. A idade materna também influencia, com melhores índices acima de 30 anos. Além disso, mães residentes em áreas urbanas e das regiões Sul e Sudeste tiveram melhores indicadores, enquanto Norte e Nordeste registraram os piores percentuais. A análise de regressão logística confirmou que fatores como renda, escolaridade e local de atendimento são determinantes para a adequação do PN. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso e qualifiquem a assistência pré-natal, reduzindo desigualdades e melhorando os desfechos materno-infantis no país.

REFERÊNCIAS

- [1] Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad saúde colet*. 2016;24:252-61.
- [2] Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division.
- [3] Kale PL, Fonseca SC, Oliveira PWM, Brito AS. Tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. *Rev bras epidemiol*. 2021;24:1-14.
- [4] Silva ICMD, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, Ruas LPV, Joseph G, Barros AJD. Measurement of social inequalities in health: concepts and methodological approaches in the Brazilian context. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(1).
- [5] Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGND. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev saúde pública*. 2020;54:8.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE CÂNCER OCUPACIONAL EM GOIÁS NOS ÚLTIMOS 11 ANOS

Natália Campos Braga¹

Thiago Borges Silva

Fernanda Vieira Fonseca

Eva Ida Reis Leite Machado

Ueverton Barbosa de Souza

Victor Rezende Castelo Branco dos Anjos

Vitória Oliveira Dias da Costa

Gabriel Rodrigues Canuto

Lígia Maria Maia de Souza

João Paulo Martins do Carmo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O câncer ocupacional é definido como todo caso em que os elementos causais estão presentes no ambiente e no processo de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. Há diversas fontes de poluição em ambientes internos e externos de trabalho, incluindo industriais, veículos, produtos derivados da queima do tabaco, atividades agrícolas, queimadas e aparelhos de combustão doméstica^[1-3]. Dentre os principais poluentes relacionados a substâncias químicas, destacam-se todas as formas de asbestos, benzeno, gases liberados por motores à gasolina, contaminantes da *água* e dos alimentos (como arsênio e seus compostos inorgânicos), plásticos e seus derivados, como microplásticos (MPs) e nanoplásticos (NPs); pesticidas e herbicidas, além de poluentes orgânicos persistentes, como dioxinas (resultantes, dentre outras fontes, da queima de resíduos *sólidos e hospitalares*)^[1]. Mais recentemente, MPs e NPs têm sido associados, se não como causa direta de câncer, pelo menos como fatores de risco relevantes, uma vez que sua presença já foi detectada em amostras biológicas humanas, incluindo sangue, fígado, intestino, cérebro, fezes, sêmen, próstata e tumores prostáticos. Além disso, estudos demonstram sua capacidade de induzir a liberação de disruptores endócrinos tanto *in vitro* quanto *in vivo* ^[2-4].

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico das notificações de câncer ocupacional no estado de Goiás nos últimos 11 anos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise epidemiológica transversal, analítica e retrospectiva. Os dados analisados são referentes a sexo, raça/etnia, idade, escolaridade, ocupação, perfil clínico e exposição a fatores de risco

1 Universidade Estadual de Goiás. E-mail: natalia@aluno.ueg.br

e/ou agentes causais, notificados durante o período de 2014 a 2024. Foram obtidos a partir de fontes secundárias do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério de Saúde do Brasil. Como os dados são *públicos*, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Os resultados desta pesquisa fazem parte de atividades realizadas como parte do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para Saúde, do Ministério da Saúde – PET Equidade, da Universidade Estadual de Goiás (UEG), Unidade Universitária (UnU) de Itumbiara, Goiás.

RESULTADOS

Foram notificados 161 casos de câncer ocupacional em Goiás durante o período analisado. A maioria dos casos ocorreu no sexo masculino (85,71%, n=138), em indivíduos de raça/etnia branca (38,51%, n=62), com faixa etária predominante 60-69 anos (27,33%, n=44), escolaridade 1^a-4^a série incompleta do ensino fundamental (23,60%, n=38), e a maior parte classificada como trabalhadores autônomos (65,22%, n=105). Quanto à ocupação, os casos de câncer foram mais prevalentes em caseiro/agricultura (32,92%, n=53), pedreiro (11,18%, n=18) e trabalhador agropecuário (8,07%, n=13). “Outras Neoplasias Malignas de Pele” (18,01%, n=29) foram o perfil clínico mais notificado, com 92 casos (57,14%) apresentando a doença em progressão e 30 (18,63%) estáveis no momento da notificação.

Em relação às exposições, as mais frequentes foram radiação não ionizante (n=84), sílica livre (n=50), hidrocarbonetos (n=43) e benzeno (n=33). Não foram encontrados no DATASUS dados sobre exposição a MPs/NPs ou disruptores endócrinos. Porém, a literatura aponta um aumento expressivo no número de estudos nos últimos anos, reforçando a crescente preocupação quanto à exposição contínua a MPs/NPs descartáveis e possíveis impactos na saúde humana. Estudos específicos sobre a sua carcinogenicidade ainda *são* limitados, mas outros apontam efeitos indiretos relacionados, como inflamação e genotoxicidade, esta última um forte preditor de carcinogenicidade. Há ainda, a associação da exposição ao polivinilcloreto (PVC), um tipo de MP, à hepatotoxicidade e ao aumento do risco de cânceres hepáticos, incluindo angiossarcomas e hepatocarcinomas. Dados sobre outros MPs mais comuns, como poliestirenos (PS), náilon (PA) e polietileno tereftalato (PET), ainda são escassos na literatura^[3, 4, 6].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados indicam que o câncer ocupacional em Goiás *é altamente prevalente entre* trabalhadores expostos a produtos químicos agropecuários e radiação solar, o que está de acordo com a maior incidência de neoplasias malignas de pele, exposição à radiação não ionizante e ao benzeno. Embora não citados diretamente, alguns trabalhadores da saúde também se expõem com frequência à radiação não ionizante e a substâncias químicas, como MPs^[5,6]. Esses achados ressaltam a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas eficazes para prevenção do câncer ocupacional. Nos próximos

anos, deve-se considerar a investigação mais aprofundada sobre a associação entre MPs/NPs e os carcinógenos identificados. A exposição humana a MPs/NPs não é mais uma questão de debate, mas sim um desafio urgente de saúde *pública*. Como eles estão presentes no ar, na *água* e nos alimentos, sua influência na saúde ocupacional deve ser reconhecida em políticas de prevenção do câncer.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva D, Pianovski M, Carvalho Filho N. Environmental pollution and cancer. J Pediatr. 2025;101 Suppl 1:S18-S26.
- (2) Domenech J et al. Insights into the potential carcinogenicity of micro- and nano-plastics. Mutat Res Rev Mutat Res. 2023; 791:108453.
- (3) Kahn LG et al. Endocrine-disrupting chemicals: implications for human health. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020; 8(8):703-718.
- (4) Zarus GM et al. Worker studies suggest unique liver carcinogenicity potential of polyvinyl chloride microplastics. Am J Ind Med. 2023; 66 (12):1033-1047.
- (5) Santana VS. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação [Workers' health in Brazil: graduate research]. Rev Saude Publica. 2006;40:101-11.
- (6) Sharkey AR et al. Occupational radiation exposure in doctors: an analysis of exposure rates over 25 years. Br J Radiol. 2021;94(1127):20210602.

ANÁLISE QUALI-QUANTITATIVA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR HANSENÍASE ACOMPANHADOS NO HUCFF DA UFRJ

Marcelle Oliveira da Silva¹

Thor Thomé de Souza

João Victor Almeida Santos

Isadora Stein Botelho

Mariana Patrocínio Martins

Gustavo Gomes Peixoto

Emanuel Medeiros Aguiar

Nicolas Meirelles Pereira

Cícero Luis de Andrade

Maria Kátia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica e transmissível causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta, principalmente, a pele, os nervos periféricos e os olhos, e é considerada uma das principais formas de neuropatia periférica de causa infecciosa (1). Embora tenha tratamento e cura, o Brasil ainda figura entre os países com maior número de casos, com maior incidência em contextos de vulnerabilidade social (2). A presente pesquisa integra o projeto (des) Mancha Brasil, da Faculdade de Medicina da UFRJ, o qual busca analisar de modo quali-quantitativo o perfil dos pacientes afetados pelas sequelas da hanseníase no HUCFF-UFRJ, por meio da coleta de formulários, análise retrospectiva de dados e visitas domiciliares, promovendo aos alunos uma formação interprofissional integrada que possibilita a compreensão do adoecimento em seus aspectos sociais, culturais e familiares.

OBJETIVO

Este projeto investiga, de forma qualitativa e quantitativa, o perfil socioeconômico e demográfico de pessoas com hanseníase acompanhadas pelo Serviço de Fisioterapia e Reabilitação Física do HUCFF/UFRJ. O estudo busca compreender como fatores sociais, econômicos e demográficos impactam o adoecimento, o acesso ao cuidado e a disseminação da doença, contribuindo para políticas públicas mais eficazes e para a redução do estigma associado.

METODOLOGIA

O método para verificar a prevalência dos casos de hanseníase em cada região utilizou como espaço amostral 305 pacientes ($n = 305$) acompanhados pelo Serviço de Fisioterapia e Reabilitação

Física do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ) entre janeiro de 2012 e abril de 2025. As regiões foram definidas a partir da divisão dos 165 bairros do município do Rio de Janeiro, distribuídos em 33 regiões administrativas, para os pacientes distribuídos nesta unidade administrativa e em municípios e distritos para aqueles pacientes que se encontram distribuídos nos 22 municípios da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Os dados sociodemográficos utilizados para análise correlacional dos pacientes com as características dos territórios advém do Diagnóstico Regional Atualizado de Saúde (2020), elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, e do Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da região metropolitana do RJ, elaborado pelo Instituto Municipal Pereira Passos de Pesquisa. Os índices analisados foram a densidade demográfica, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a relação banheiros por pessoa, a fim de avaliar adensamentos populacionais e qualidade das moradias e a cobertura de Atenção Básica (ESF, UBS e PSE).

RESULTADOS

Preliminarmente, observa-se que 63% dos registros estão concentrados em três municípios: Rio de Janeiro (31,4%), Duque de Caxias (15%) e Nova Iguaçu (16,8%). Aproximadamente 30% dos pacientes residem em áreas com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inferior a 0,70, com destaque para Belford Roxo (IDH 0,684) e Japeri (IDH 0,659). A média de população por Unidade Básica de Saúde (UBS) nos municípios analisados foi de 13.402 habitantes, com destaque para São João de Meriti, que apresenta a maior razão (27.758 hab/UBS), e Duque de Caxias, com 21.264 hab/UBS. Em contraste, municípios como Magé e Mesquita apresentaram melhores índices de cobertura, com 5.942 e 7.317 hab/UBS, respectivamente. Os dados sugerem uma correlação entre maior densidade populacional por UBS, menor IDH e potencial subnotificação de casos. A próxima etapa do estudo, atualmente em desenvolvimento, incluirá os demais índices a serem analisados e visitas domiciliares destinadas aos locais de maior prevalência da doença.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados apresentados até o momento são preliminares e estão em fase de processamento. A continuidade da análise permitirá uma compreensão mais aprofundada da relação entre as condições socioeconômicas e a distribuição da hanseníase na região metropolitana do Rio de Janeiro. Espera-se que os achados contribuam para o aprimoramento das políticas públicas e para a redução das desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. Jihad A. Leprosy Classification, Clinical Features, Epidemiology, and Host Immunological Responses: Failure of Eradication in 2023. *Cureus*. 2023 Sep 6;15(9).
2. Martoreli F *et al*. Measuring social vulnerability in communities and its association with leprosy burden through spatial intelligence in central West Brazil to guide strategic actions. *Archives of Public Health*. 2024;82(1).

ANÁLISE TEMPORAL DA INCIDÊNCIA DE HIV/AIDS EM ADULTOS JOVENS NO BRASIL E REGIÕES, ENTRE 2012 E 2022

Marilon Rodrigues Sá¹

Thainá Aparecida Pereira Moura Cerqueira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando mudanças em seu perfil epidemiológico, principalmente, devido a questões sociais, econômicas e demográficas, inferindo mudanças no comportamento de doenças como a AIDS, que enfrenta inúmeros desafios, principalmente quanto à faixa etária mais jovem, reforçando a necessidade de esforços para garantir o acesso aos serviços de saúde, a adesão à terapia antirretroviral e o fortalecimento de ações voltadas à educação em saúde para a prevenção da doença [1].

OBJETIVO

Diante disso, o trabalho teve como objetivo analisar a taxa de incidência de casos novos de HIV/AIDS em jovens de 15 a 24 anos, no Brasil e regiões, entre 2012 e 2022.

METODOLOGIA

Para isso, foram utilizados dados secundários do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) e dados demográficos, disponibilizados através do TABNET/DATASUS; as variáveis utilizadas foram o ano de diagnóstico (2012 a 2022), Brasil e regiões, faixa etária 15–24 anos e sexo; e o método se baseou no cálculo de indicadores como a taxa de detecção de casos de AIDS por região, a taxa de detecção de AIDS por sexo e, a taxa de detecção de AIDS em jovens de 15 a 24 anos.

RESULTADOS

Foi possível observar uma diminuição da taxa de detecção de AIDS no Brasil desde 2013, sendo de 21,8 casos/100 mil habitantes e, no ano de 2020, de 14,4 casos/100 mil habitantes, o menor valor observado desde a década de 90. Nos últimos dez anos, todas as regiões apresentaram tendência de queda na taxa de detecção de AIDS, exceto a região Norte, na qual essa taxa se elevou de 21,4 casos/100 mil habitantes em 2012 para 25,7 casos/100 mil habitantes em 2022. Nesse período, os maiores percentuais de decréscimo ocorreram nas regiões Sul (36,2%) e Sudeste (30,6%). A razão de sexos apresenta diferenças importantes por regiões, apesar de, em todas elas, haver um predomínio de casos de AIDS em homens. A razão de sexos também variou de acordo com a idade. Em 2022, a faixa etária que apresentou a menor razão de sexos foi a de 50 anos ou mais, com 16 homens para cada dez mulheres com AIDS, e a que apresentou a maior razão foi a de 20 a 29 anos, com 42 homens para

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: marilonrodriguesa@gmail.com

cada dez mulheres com AIDS. Nos grupos etários de 40 a 49 anos e de 50 anos ou mais, houve pouca variação na razão de sexo nos últimos dez anos. Segundo último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, no que se refere às faixas etárias, observou-se, no período analisado, que 23,4% casos são de jovens entre 15 e 24 anos, representando 25,0% e 19,6% dos casos no sexo masculino e feminino, respectivamente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esses dados revelam a heterogeneidade na distribuição geográfica dos casos de AIDS no Brasil, reflexo de sua vasta extensão territorial e das desigualdades sociais, econômicas e culturais presentes no país. A subnotificação da doença, especialmente em áreas em situação de vulnerabilidade, dificulta uma visão precisa da real dimensão dos casos da doença, comprometendo o planejamento de ações efetivas [2]. Conjuntamente a isso, o perfil da doença em jovens pode ser atribuído a uma combinação de fatores ligados ao ciclo de vida, como a experimentação de práticas sexuais sem preservativos e o enfrentamento precoce do estigma associado à orientação sexual e à identidade de gênero. Portanto, o mapeamento do território e o conhecimento das condições sanitárias de cada região são fundamentais para a criação de políticas de controle e enfrentamento da doença, promovendo a saúde coletiva [3].

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico-HIV e Aids. Brasília, DF: MS; 2023.
- (2) Batista JFC, Calazans JF, et al. Distribuição espacial e tendência temporal da AIDS no Brasil e regiões entre 2005 e 2020. Rev Bras Epidemiol. 2023;26:e230002. doi:10.1590/1980-549720230002.2.
- (3) Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2000;34(2):207-17.

APEGO MATERNO E USO DE SUBSTÂNCIAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO SOBRE A APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS VALIDADOS PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Ana Paula Wasilewski da Silva¹

Sarah Cristina Zanghellini Ruckl

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O apego materno é essencial para o desenvolvimento infantil, influenciando a saúde emocional e comportamental da criança ao longo da vida. Esse vínculo, que se inicia na gestação, pode ser modulado por fatores biopsicossociais, incluindo a saúde mental materna. Nesse sentido, diferentes formas de sofrimento psíquico podem comprometer a capacidade materna de estabelecer um vínculo seguro, reduzindo sua sensibilidade às necessidades infantis¹.

A drogadição é um fator crítico nesse contexto, agravando dificuldades na vinculação mãe-bebê. O uso de substâncias psicoativas durante a gestação está associado a maior risco de negligência parental, dificuldades emocionais na interação mãe-bebê e prejuízos ao desenvolvimento da criança².

Para mensurar o apego materno na gestação e no puerpério, instrumentos psicométricos têm sido desenvolvidos, tendo dois deles sido validados para a população brasileira. Eles consistem em questionários a serem aplicados em mulheres grávidas e puérperas e podem contribuir para detectar precocemente dificuldades na vinculação entre mãe e bebê, permitindo intervenções oportunas no campo da saúde materno-infantil³.

OBJETIVO

Este trabalho integra uma pesquisa sobre saúde mental e apego materno gravídico-puerperal, sendo este recorte dedicado à pergunta “Quais estudos avaliaram os níveis de apego materno em gestantes e puérperas brasileiras em relação ao uso de substâncias com instrumentos psicométricos validados?”. Os instrumentos existentes são a *Maternal-Fetal Attachment Scale* (MFAS), que avalia o vínculo materno-fetal, e o *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), utilizado para mensurar a vinculação pós-parto.

METODOLOGIA

O trabalho seguiu as diretrizes do PRISMA-ScR para revisão de escopo. A busca foi realizada em bases de dados e bibliotecas eletrônicas (PubMed, Web of Science, SciELO, BVS e PsycINFO), abrangendo o período de 1999 a 2025, considerando o ano de validação do primeiro instrumento analisado. Foram incluídos estudos que aplicaram instrumentos psicométricos validados em gestantes e puérperas no Brasil.

1 Universidade Federal do Paraná. E-mail: psi.anapaulaws@gmail.com

Foram utilizados os descritores (“*maternal-fetal attachment*” OR “*postpartum bonding*” OR “apego materno fetal” OR “vínculo pós-parto”) para as bases regionais e (‘maternal-fetal attachment’ OR ‘postpartum bonding’) AND (‘brasil’ OR ‘brazil’) para as internacionais.

Após a remoção de duplicatas, os registros passaram por triagem por título e resumo. Os estudos selecionados foram avaliados na íntegra para verificação da elegibilidade, considerando a aplicação empírica dos instrumentos. Visando dirimir vieses, o conjunto de artigos foi enviado para ser analisado por *software* de Inteligência Artificial ([MyMap.AI](#)) que identificou a similaridade temática. Os dados extraídos foram analisados e sintetizados conforme os critérios estabelecidos.

RESULTADOS

A busca inicial identificou 173 registros nas bases de dados (PubMed = 38, Web of Science = 24, SciELO = 13, BVS = 96, PsycINFO = 2). Após a remoção de 36 registros duplicados, 136 estudos foram triados por título e resumo, com exclusão de 107 deles. Restaram 29 artigos para leitura e avaliação de elegibilidade. Destes, 2 foram excluídos por não informarem a aplicação de nenhum dos dois instrumentos na metodologia e 7 por não abordarem nenhum aspecto da saúde mental. Por fim, para este recorte do trabalho, 18 artigos foram descartados por não discutirem o uso de substâncias. Assim, 2 estudos foram incluídos na revisão.

Os estudos selecionados investigaram o impacto do uso de substâncias no vínculo materno-infantil. A pesquisa “Maternal-fetal attachment, childhood trauma and character strengths in pregnant crack users” (2018) é transversal com 30 gestantes usuárias de crack, e avaliou a relação entre o consumo do crack e o apego materno-fetal. Os resultados indicaram grau médio (60,8%) ou alto (39,1%) de apego materno-fetal e alta frequência de traumas sofridos na infância.

Por sua vez, o estudo “The Relationship Between Bonding Impairment and Maternal Postpartum Smoking” (2021), analisou 358 mães para investigar a associação entre tabagismo pós-parto e dificuldades no apego. Este apontou que mulheres com níveis prejudicados de vínculo tinham risco 2,04 vezes maior de serem fumantes mesmo após o controle de variáveis como condição socioeconômica e depressão.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados evidenciam a escassez de estudos que utilizam instrumentos psicométricos para avaliar as relações entre o uso de substâncias no apego materno, com apenas dois artigos elegíveis e a análise restrita ao tabaco e ao crack. A pequena quantidade de estudos e a ausência de pesquisas sobre outras substâncias limita a compreensão do fenômeno e suas implicações na vinculação mãe-bebê.

Diante da vulnerabilidade das gestantes e puérperas com vícios, é essencial que a comunidade científica amplie suas investigações sobre essa população, contribuindo para avanços na saúde materno-infantil. O uso ampliado de instrumentos psicométricos pode fortalecer intervenções preventivas e

políticas públicas, promovendo melhores cuidados e aumentando os níveis de apego materno, fator de proteção para o desenvolvimento infantil.

A Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS) e o Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) são instrumentos de baixo custo, validados para a população brasileira e sensíveis às diferenças socioculturais do país. De fácil aplicação, podem ser utilizados por qualquer profissional de saúde na detecção precoce de dificuldades no vínculo materno-infantil. O aumento de seu uso pode fortalecer intervenções preventivas e aprimorar políticas públicas, favorecendo a identificação de riscos e a promoção de cuidados maternos mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- (1) O'Dea GA, Youssef GJ, Hagg LJ, Francis LM, Spry EA, Rossen L et al. Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: A systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(4), 443-458.
- (2) Badr LK, Garg M, Kamath M. Intervention for drug-exposed mothers: A randomized controlled trial. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2018;43(1), 10-17.
- (3) Perrelli JGA, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe-bebê. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(3), 257-265.
- (4) Queiroz CFM, Olschowsky A, Machado MS, Pinho LB, Schrank G. Maternal-fetal attachment, childhood trauma and character strengths in pregnant crack users. *J Bras Psiquiatr*. 2018;73(1), e20230025.
- (5) Faisal-Cury A, Matijasevich A. The relationship between bonding impairment and maternal postpartum smoking. *Matern Child Health J*. 2021;26(6), 1246-1254.

APLICAÇÃO DA OFICINA “SUA CONSULTA TEM COR?” EM AMBIENTE ACADÊMICO DE MEDICINA NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

Giovanna Santos¹

Ana Paula da Silva Coutinho

Arthur Afonso da Silva

Brianna Emily Santos Lin

Clarissa Ada Cipriano Firmino

Giulia Nascimento Chella

Sofia Elias Luzio

Roberto Jaguaribe Trindade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Após a instituição da Lei Áurea no Brasil, inexistiu qualquer respaldo do Estado aos recém libertos. Os reflexos desse período ainda estão presentes na sociedade: exacerbação do racismo como forma de discriminação e marginalização social¹. Embora legalmente haja igualdade de direitos, pessoas negras têm dificuldades para exercer sua cidadania de forma plena.^[1] Nos serviços de saúde, por exemplo, o racismo institucional manifesta-se influenciando em suas condições de acesso.^[2]

Nesse contexto, membros do Coletivo Negrex (grupo de estudantes e médicos negros), do Grupo de Trabalho–Saúde da População Negra (SPN) e profissionais da Atenção Primária à saúde do Rio de Janeiro idealizaram, em 2017, uma oficina intitulada “Sua Consulta Tem Cor?” ^[3] com a proposta de sensibilizar profissionais sobre a relevância da SPN, estimulando reflexões críticas e atuações antirracistas.

Inspirados nesse modelo, membros do coletivo Negrex de São Paulo e da Liga Acadêmica de Saúde da População Negra da Faculdade Santa Marcelina, uniram-se para aplicar a oficina em ambiente acadêmico, com as adaptações necessárias, a fim de suprir as lacunas presentes nos currículos de graduação na área da saúde e sensibilizar esses futuros profissionais, para a realidade da população, em sua maioria preta e parda ^[4], que habita nos distritos da zona leste paulista.

OBJETIVO

Incentivar práticas de equidade racial em ambientes de formação em saúde para instrumentalizar atendimentos fundamentados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) ^[5] nos serviços de saúde.

1

Faculdade Santa Marcelina. E-mail: giovannasantos0410@gmail.com

METODOLOGIA

A oficina foi realizada dia 29/10/2024 nas dependências da Faculdade Santa Marcelina (FASM), por 08 facilitadores e 12 participantes estudantes de medicina e enfermagem. Podemos descrever o desenvolvimento em três fases: planejamento, capacitação e aplicação.

Na primeira fase, o grupo se reuniu semanalmente, totalizando sete reuniões, realizadas no segundo semestre de 2024. As primeiras três reuniões destinaram-se ao embasamento teórico, principalmente a partir da leitura e discussão do artigo “A sua consulta tem cor?—Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade”[3], que descreve a criação e aplicação da oficina. As três reuniões subsequentes foram dedicadas à programação, com definição de data, local, quantidade de facilitadores, grupos e escolha dos casos clínicos. Por fim, a última reunião foi reservada para uma simulação da aplicação da oficina em ambiente acadêmico.

Na segunda fase, por sua vez, realizamos a capacitação sobre equidade racial no atendimento da atenção primária com orientações específicas para reaplicação entre todos os facilitadores, mediada por Denize Ornelas, médica de família e comunidade, que compõe a autoria do artigo referência.[3]

Para a aplicação em si, na terceira fase, optamos por dividir a oficina em blocos: introdução e acordos, discussão de casos clínicos, apresentação dos casos clínicos e discussão geral.

Os participantes foram divididos em quatro grupos de três integrantes, com dois facilitadores por grupo e dois facilitadores circulantes, visando conceber um espaço seguro e acolhedor para a participação ativa dos estudantes. Encerramos a oficina trazendo à discussão o racismo em suas diversas facetas (estrutural, institucional e interpessoal)² e seus impactos no processo saúde-doença da população negra brasileira, mobilizando os participantes a pensarem sobre possíveis caminhos para uma prática profissional antirracista nos sistemas de saúde. Todos os casos clínicos escolhidos são reais, retirados—com autorização—do artigo fundador, que trabalha com temas vivenciados pela população negra no contexto de saúde, seja como paciente ou profissional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A repercussão da oficina foi positiva, os participantes foram sensibilizados, ressaltando a importância de discussões acerca de SPN para uma assistência equânime. Ao avaliar o impacto da atividade, observamos que os grupos conseguiram identificar as diferentes formas de racismo presentes nos casos clínicos, propondo maneiras de combatê-las no âmbito da atenção primária e demonstraram compreensão sobre o papel crucial dos profissionais de saúde na promoção de mudanças na assistência, para suprir às demandas descritas na PNSIPN. [5] Por fim, esta iniciativa incentivou a inclusão da oficina “Sua consulta tem cor?” na grade curricular do curso de medicina da Faculdade Santa Marcelina, na disciplina de Medicina de Família e Comunidade IV, promovendo, assim, reflexões críticas na formação de futuros médicos acerca do entendimento do processo saúde-doença da população negra como fenômeno social.

REFERÊNCIAS

- [1]. Rafael L, Osório G, Soares S, Theodoro M. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição. Brasília, DF: Ipea [Internet],2008.
- [2]. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade [Internet]. 2016; 25(3):535–49. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>
- [3]. Borret RH, Silva MF da, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS de. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade: um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2020;15(42):2255. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2255>
- [4]. Comunicação. Rede Nossa São Paulo apresenta Mapa da Desigualdade 2022 [Internet]. Rede Nossa São Paulo. 2022. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/2022/11/23/rede-nossa-sao-paulo-apresenta-mapa-da-desigualdade-2022/>
- [5]. Política Nacional de Saúde Integral da Negra População Brasília–MINISTÉRIO DA SAÚDE uma política do SUS 2º edição [Internet]. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf

APOROFOBIA NA CONTEMPORANEIDADE: UM PROBLEMA SOCIAL NA PERSPECTIVA DO NEOLIBERALISMO E DINÂMICAS SOCIAIS

Pedro Henrique de Barcelos Lavareda¹

Ana Paula Mourão Santos

Davi Rezende Ribeiro

Maria Eugênia da Costa Machado

Luiz Paulo Ribeiro

David Pina López

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Aporofobia, termo cunhado por Adela Cortina, refere-se à discriminação contra pessoas em situação de pobreza, não apenas pelo aspecto econômico, mas também pelo estigma associado à vulnerabilidade social [1-3]. No Brasil, a problemática se manifesta pelas desigualdades regionais e institucionais que dificultam o acesso a serviços essenciais, especialmente na saúde pública [3,5]. Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido criado com o princípio da equidade, a lógica neoliberal enfraquece esta premissa ao priorizar a eficiência econômica e desconsiderar os determinantes sociais da saúde [5].

O combate à aporofobia no sistema de saúde brasileiro requer a implementação de políticas públicas eficazes, capacitação de profissionais e mobilização social para promover mudanças estruturais e estruturantes [5]. Ações como o fortalecimento do Programa Saúde da Família e a ampliação do acesso a serviços especializados são fundamentais para reduzir as desigualdades [1,5]. A conscientização social também se apresenta como fator essencial na luta contra a aporofobia, visto que o preconceito e a indiferença impedem a formulação de soluções efetivas [2,4]. Apenas através de um esforço conjunto entre sociedade civil, governos e organizações será possível superar essa barreira estrutural.

OBJETIVO

O presente ensaio tem como objetivo analisar como a aporofobia impacta o acesso e a qualidade dos serviços de saúde pública, reforçando a exclusão de populações vulneráveis e comprometendo o ideal de universalidade do SUS.

METODOLOGIA

A aporofobia ultrapassa o preconceito econômico, representando uma rejeição estrutural e institucional dos vulneráveis [1]. No Brasil, a desigualdade nos serviços de saúde é manifestação do fenômeno, onde regiões periféricas enfrentam escassez de recursos adequados [2,3]. O financiamento fragmentado do SUS agrava a desigualdade, que prejudica municípios com menor arrecadação,

agravando a dependência a programas emergenciais, violando a equidade preconizada [5]. Essa disparidade impacta no acesso e qualidade dos serviços oferecidos, perpetuando o ciclo de exclusão e marginalização [2,5].

Populações em situação de rua têm dificuldades ainda maiores para acessar serviços de saúde por exigência de documentação e comprovante de residência, além do preconceito por parte dos profissionais de saúde [1,5]. Estima-se que menos da metade destas pessoas acessa atendimento regular, as deixando em desassistência [5]. A falta de acesso adequado à atenção primária impede a longitudinalidade do cuidado, agravando doenças evitáveis [2]. A escassez de políticas direcionadas a essa população ainda reforça a marginalização institucionalizada, perpetuando um ciclo de exclusão social [4,5].

Exposição a estressores como violência, insegurança alimentar e habitação precária aumentam os índices de transtornos mentais [4]. Tais usuários enfrentam dificuldades na inclusão social e econômica. Mulheres e crianças são particularmente afetadas como alvos frequentes de violências, que contribuem para o adoecimento mental [3,4]. A persistência do modelo assistencialista e hospitalocêntrico historicamente marginaliza os mais pobres, utilizando-se da lógica que criminaliza a pobreza e reforça o estigma da moléstia [5]. Essa dinâmica está inserida na estrutura social que responsabiliza o indivíduo por sua condição, ignorando determinantes sociais que contribuem na sua vulnerabilidade.

O neoliberalismo na saúde, ao promover a racionalização de custos e privatização dos serviços, limita o acesso das populações vulneráveis aos serviços de saúde [1]. Ocorre um esvaziamento do papel do Estado na garantia do direito à saúde, favorecendo quem pode pagar por serviços privados em detrimento daqueles dependentes do SUS [5]. Políticas de austeridade e cortes orçamentários dificultam a expansão de programas de promoção e prevenção, o que prejudica mais as populações vulneráveis [2,3]. O enfraquecimento de políticas de assistência social também agrava este cenário, na medida em que dificulta o acesso aos direitos.

Os Centros de Atenção Psicossocial sofrem com falta de recursos e equipe reduzida, o que reduz o atendimento adequado à demanda crescente [5]. Assim, a ausência de políticas eficazes que garantam acesso equitativo aos tratamentos e serviços de saúde mental fortalece o ciclo de exclusão social, tornando mais complexas as desigualdades socioeconômicas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A superação da aporofobia e promoção da equidade em saúde são desafios complexos, possíveis por meio de investimentos estruturais e de mudanças na percepção social da pobreza. O SUS, devidamente fortalecido e financiado, pode se tornar um mecanismo efetivo, garantindo direitos e promovendo uma sociedade mais justa. Contudo, para se alcançar tais mudanças, se faz necessário um comprometimento coletivo em níveis governamental e social, a fim de garantir que a saúde seja de fato um direito e não um privilégio.

Além disso, implementação de estratégias de longo prazo, que incluam ações educativas e preventivas, pode contribuir significativamente para a erradicação das desigualdades no acesso à saúde. A reavaliação e reformulação de políticas públicas são ferramentas importantes para correção das falhas estruturais, ao garantir que os princípios de equidade e universalidade do SUS sejam para todos.

REFERÊNCIAS

- [1] Ayala Enriquez P. La simpatía smithiana como vía para reducir la aporofobia derivada de la corrupción. *Veritas*. 2018; 41: 69-86.
- [2] Ruiz Arias M. La víctima del delito ambiental: estudio desde la aporofobia. *Justicia*, Barranquilla. 2021;40:98-109.
- [3] Zeifert APB, Paplowski SK. Infância e adolescência pobres no Brasil sob a ótica da aporofobia. *Duc In Altum-Cadernos De Direito*. 2020; 12; 27.
- [4] Caravita SCS, Strohmeier D, Salmivalli C, Di Blasio P. Bullying immigrant versus non-immigrant peers: Moral disengagement and participant roles. *Journal of School Psychology*. 2019; 75: 119-133.
- [5] Aporofobia e Políticas Públicas de Saúde: Uma Análise das Práticas Discriminatórias no SUS. *Revista UFSC*. 2023;25(3):215-230.

AS CERIMÔNIAS DE DEFINIÇÃO COMO PRÁTICA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: UMA EXPERIÊNCIA DA TERAPIA NARRATIVA

Maíra Mendonça Nóbrega¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho integra a pesquisa de mestrado “Migração de identidade: impactos da migração nos relatos sobre si”, desenvolvida pela autora no Observatório Latinoamericano de Psicologia Ambiental (ObPALA) da UFRN. A proposta apresenta as cerimônias de definição, prática da terapia narrativa, como estratégia de promoção da saúde mental e coletiva com migrantes e outros grupos que vivenciam rupturas em seus laços sociais. A migração implica uma reconfiguração identitária frente ao luto pela vida deixada e ao desafio de reconstruir-se em novo território (1,2). Nesse processo, a narrativa torna-se um recurso central, pois, como afirma Bruner, é por meio dela que o ser humano organiza a experiência e projeta o futuro (3). A terapia narrativa, ao valorizar histórias preferidas e resistências cotidianas, contribui para reinscrever sentidos frente a discursos opressores (4). As cerimônias de definição, inspiradas em Myerhoff, oferecem um espaço coletivo de reconhecimento e autoria, promovendo vínculos, pertencimento e saúde (5). Essa prática fortalece a subjetividade e o cuidado compartilhado, em sintonia com os princípios da atenção psicossocial.

OBJETIVO

Apresentar as cerimônias de definição como estratégia de promoção da saúde mental de migrantes. Bases das cerimônias de definição, a partir dos princípios da terapia narrativa. Mostrar o passo a passo das cerimônias de definição como estratégia de promoção da saúde mental para a população migrante.

METODOLOGIA

As cerimônias de definição, incorporadas por Michael White à terapia narrativa, baseiam-se na compreensão de que a identidade é relacional e se constrói no reconhecimento do outro (4). Inspiradas na antropóloga Barbara Myerhoff (5), essas cerimônias ocorrem em encontros grupais nos quais uma pessoa compartilha uma história significativa (protagonista), enquanto outras escutam como testemunhas externas e depois devolvem ressonâncias sobre o que foi mais tocante, destacando valores, intenções e resistências percebidas. Essa prática mobiliza os efeitos terapêuticos do testemunho (6) e da escuta ética (7), promovendo pertencimento, reconstrução narrativa e fortalecimento identitário. Ao criar espaços de reconhecimento e autoria coletiva, rompe o isolamento do sofrimento e potencializa

vínculos sociais. Como tecnologia relacional, é potente para a promoção da saúde mental comunitária, alinhando-se à atenção psicossocial e à valorização do saber experiencial (8,9).

RESULTADOS

No momento da submissão desta apresentação, não há ainda resultados obtidos a partir da prática das cerimônias de definição com a população estudada no mestrado, visto que estamos ainda dentro do prazo do delineamento do instrumento de pesquisa e sua posterior aprovação pelo comitê de ética. Não obstante, neste apartado se apresentarão os efeitos que outras experiências de cerimônias de definição tiveram. A principal delas é a que levou à criação dessa prática. Foi quando a antropóloga Barbara Myerhoff, em Venice, Califórnia, nos anos 1970, trabalhou com um grupo de idosos judeus. Em seu trabalho etnográfico, relatado no livro *Number Our Days* (5), Myerhoff observou como esses idosos, muitos deles migrantes, estavam lidando com o envelhecimento, o isolamento e o sentimento de invisibilidade social. Ao criar um dispositivo no qual as pessoas contavam suas histórias e outras escutavam com curiosidade, Bárbara observou que esses idosos referiram sentir-se em outro lugar social. Em lugar da invisibilidade e do esquecimento, as experiências de vida deles — muitos dos quais sobreviventes do holocausto — passaram a ser reconhecidas como valiosas pela comunidade. Como consequência, os idosos referiram sentir-se parte de um processo de reafirmação identitária e cultural. Myerhoff descreveu essas práticas como formas de “ritual de autoafirmação”, essenciais para comunidades em transição ou vulnerabilidade, pois reconstroem pertencimentos, continuidade narrativa e dignidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apresentar as cerimônias de definição como uma estratégia para a promoção da saúde mental comunitária responde à necessidade de enriquecer práticas e reflexões para as equipes de cuidado. É uma ferramenta valiosa para a saúde, mas também para a promoção da dignidade das pessoas. Ao oferecer um dispositivo no qual as pessoas podem narrar suas histórias além da dor, promovemos um espaço comunitário para a (re)construção de vínculos sociais. Frente ao mundo globalizado, hiperconectado, neoliberal e individualista, as cerimônias de definição surgem como uma prática contra-hegemônica, de fácil acesso e grande impacto.

REFERÊNCIAS

- (1) Seixas A. Migração e subjetividade: narrativas migrantes e os desafios identitários. In: Correa J, Oliveira S, organizadores. Migração, identidade e políticas públicas. São Paulo: Cortez; 2016. p. 75–90.
- (2) Martin-Borges C. Migração de identidade: o sofrimento psíquico do imigrante. Rio de Janeiro: Apicuri; 2013.
- (3) Bruner J. Fazer histórias: direito, literatura e vida. São Paulo: Contexto; 2013.
- (4) White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton; 1990.

- (5) Myerhoff B. Number our days. New York: Touchstone; 1982.
- (6) White M. Maps of narrative practice. New York: Norton; 2007.
- (7) Couto MCG, Passos E. Escuta ética e produção de cuidado em saúde mental. *Psicol Soc.* 2021;33:e207383.
- (8) Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- (9) Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

AS COSTURAS DE UM CORPO DISSIDENTE: UM ESTUDO SOBRE AS INFLUÊNCIAS DOS IDEAIS DE BELEZA NA IMINÊNCIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Larissa Bastos da Conceição Maciel Corrêa¹

Cláudia Carneiro Cunha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho se baseia na minha dissertação de mestrado em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UERJ (PPGPS). A pesquisa busca entender como os padrões de beleza afetam a subjetividade das mulheres brasileiras, especificamente usuárias de um serviço universitário do SUS no estado do Rio de Janeiro, e as levam a buscar modificações corporais, especialmente a cirurgia bariátrica.

Na realidade brasileira os apelos estéticos incidem de maneira contundente sobre as mulheres, o que acaba gerando uma pressão por um “ideal de corpo” [3]. Neste sentido, a proposta é investigar as várias narrativas construídas nessa busca pela cirurgia bariátrica entre mulheres com obesidade atendidas em um serviço de atenção ambulatorial do SUS, buscando compreender as justificativas entre saúde e beleza, e se o discurso em prol da saúde está relacionado às exigências de um ideal de beleza. A escolha de um serviço universitário do SUS se dá pela existência de um núcleo específico para pacientes do programa de cirurgia bariátrica de alta complexidade.

Cabe dizer que esse trabalho constitui metodologicamente um estudo narrativo [2], na medida em que estou interessada em construir narrativas de segunda ordem, a partir das experiências narradas por mulheres que se submeteram ou que estão na iminência de realizarem a cirurgia bariátrica.

OBJETIVO

Compreender como as normas, padrões de beleza e as questões de saúde são narrativizados por mulheres com obesidade, usuárias do SUS, na iminência da cirurgia bariátrica. Analisar as referências de beleza de mulheres com obesidade usuárias do SUS; entender o que é saúde, doença e obesidade para as participantes do estudo; compreender como as mulheres de camadas populares se relacionam com o corpo e as normas/padrões de beleza, e como essas questões impactam as suas experiências de saúde e doença.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa que visa analisar como os padrões de beleza impactam a subjetividade feminina, levando muitas mulheres a modificarem o corpo ou até se mutilarem para se adequarem a um ideal estético. Trata-se de um estudo narrativo, que promove costuras textuais e de significado entre pesquisador, campo e referencial teórico, entendendo a construção de narrativas como um processo artesanal e ofício manual da comunicação [1]. Assim, o pesquisador é também narrador,

tendo a possibilidade de se colocar no texto de forma ativa. Além disso, a narrativa permite a produção de sentidos para o que nomeamos como processo saúde-doença, sendo uma forma de elaboração da experiência, de ação social e de performance [2].

O campo da pesquisa é um núcleo do SUS vinculado a um hospital universitário do Rio de Janeiro, que atende pacientes de cirurgia bariátrica, oferecendo apoio multidisciplinar no pré e pós-operatório, com encaminhamentos pelo Sistema de Regulação (SISREG) e protocolos de avaliação. O campo de pesquisa, com mulheres usuárias do serviço, ocorrerá de maio a julho de 2025, por meio de observação participante e entrevistas semi-estruturadas com casos emblemáticos nas atividades da sala de espera e consultas.

RESULTADOS

Os resultados iniciais do estudo, através da revisão bibliográfica, apontam poucas produções que abordam a cirurgia bariátrica pelo viés de beleza e da corponormatividade dentro da perspectiva das ciências humanas e sociais. Observa-se uma maior prevalência da cirurgia bariátrica em pesquisas nas áreas médicas e cirúrgicas, tendo uma menor ênfase nas questões psicossociais que envolvem o processo de escolha e realização do procedimento. Além disso, pôde-se perceber uma ausência de correlação entre o procedimento de cirurgia bariátrica e questões sociais como: padrões de beleza, ideais estéticos e a própria relação com a autoimagem.

Ao buscar as palavras-chave feminino, procedimento cirúrgico da bariátrica e questões de beleza/estética, os números de periódicos se apresentam de maneira reduzida e/ou inexistente. Dentre os poucos encontrados, existe uma escassez de pesquisas que discorrem sobre beleza e cirurgia bariátrica, restringindo a temática da cirurgia bariátrica ao campo da saúde, desconsiderando-se outras motivações para a realização do procedimento. Percebe-se uma predominância de publicações no campo biomédico, mas as discussões versam, sobretudo, sobre comorbidades, riscos, benefícios e técnicas cirúrgicas.

De acordo com Reis et al. [4], as mulheres são o público predominante quando o assunto é obesidade. E uma outra constatação a partir das pesquisas bibliográficas é que antes era necessário estar muito mais acima do peso para ser considerado uma pessoa com obesidade, e consequentemente muito menos para ser intitulado como uma pessoa magra. Segundo Novaes [3] “parece óbvio afirmar que a medicina acompanhou os imperativos da exigência de magreza, ou contribuiu bastante para determiná-los” (p. 178).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa está em desenvolvimento e ainda não apresenta dados empíricos. A literatura, no entanto, aponta uma escassez de estudos sobre a relação entre obesidade, cirurgia bariátrica e ideais de beleza. As pesquisas e o campo clínico sugerem que ser gordo é associado a sofrimento psíquico e físico, especialmente entre mulheres, com o corpo obeso sendo alvo de vergonha, inadequação e representações negativas. Além disso, a mulher obesa é frequentemente destituída de sua feminilidade e potência sexual. A revisão bibliográfica também destaca a predominância do saber médico sobre obesidade e a cirurgia bariátrica, deixando em segundo plano as questões psicossociais. Assim, é essencial incorporar

outros saberes no debate sobre a cirurgia bariátrica, a fim de atribuir novos significados à obesidade e aos seus cuidados, cirúrgicos ou não.

REFERÊNCIAS

- [1] Benjamin W. O narrador. In: Benjamin W. Textos Escolhidos. São Paulo: Abril Cultural; 1983. p. 53-85.
- [2] Castellanos, MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(4): 1065-1076.
- [3] Novaes JV. O intolerável peso da feiúra: sobre mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Garamond; 2013.
- [4] Reis EC, Passos SRL, Santos MAB, Silva LML, Oliveira RVC, Camara APS et al.. Características de adultos com obesidade grave em tratamento ambulatorial no Rio de Janeiro e fatores associados à perda de peso. Cad saúde colet. 2022Apr;30(2):201–14. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020235>

AS INTERSECÇÕES QUE (IN)VISIBILIZAM AS MULHERES TRANS E TRAVESTIS NO SISTEMA PRISIONAL

Rayra Pereira Buriti Santos¹

Gilney Costa Santos

Patrícia Constantino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O debate público sobre o sistema prisional brasileiro via de regra ignora a realidade vivida por mulheres trans e travestis. O regime político de invisibilidade a que são submetidos esses corpos—ressalte-se, corpos que não importam—é fruto do modo como nos constituímos como Estado-Nação cishetero, patriarcal e racista. É fato que o sistema penitenciário brasileiro é um “Estado de Coisas Inconstitucional”¹, em consequência da combinação de fatores como: superlotação carcerária, condições desumanas de custódia, violação massiva de direitos fundamentais e falhas estruturais, além da exclusão sistemática desses corpos das políticas de proteção e dignidade dentro das instituições carcerárias. Por serem minoria, na escala de direitos e em quantitativo no sistema prisional, elas são ainda mais (in)visibilizadas, numa continuidade às políticas de ocupação colonial que operam a partir das matrizes de exclusão de raça, classe e gênero². Por vezes, elas não são reconhecidas como mulheres, algumas são custodiadas em presídios e celas masculinas, acompanhadas por policiais penais do sexo masculino, são tratadas por pronomes em desacordo ao gênero, têm seus cabelos cortados, não têm direito a continuidade da hormonioterapia, não recebem roupas femininas e produtos de higiene satisfatórios, são desrespeitadas enquanto sua identidade de gênero, violentadas e assediadas³⁻⁵.

OBJETIVO

Identificar as intersecções que (in)visibilizam as mulheres trans e travestis no sistema prisional

METODOLOGIA

Uma revisão integrativa da literatura, sobre o tema identidade de gênero e sistema prisional, realizada em bases de dados nacionais e internacionais, como: Portal BVS, SciELO, OASISbr, Scopus, Web of Science e Pubmed, dos textos acadêmicos publicados entre os anos de 2018 e 2023, escritos em português, inglês ou espanhol; a busca foi realizada em agosto de 2023. Foram recuperados 319 documentos entre artigos, editoriais, teses, dissertações, monografias e capítulos de livro; foi realizada uma árvore de decisão, baseada no fluxograma Prisma; retirado os textos duplicados, mantidos 180 documentos. Foram incluídos: artigos que abordavam especificamente mulheres trans e travestis na prisão e que abordavam sobre saúde; foram excluídos: artigos que não estavam com o texto na íntegra e que tratavam de identidades de gênero outras. O corpus de análise foi constituído por 20 artigos. Do

1

Escola Nacional em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz .E-mail: rayra.trabalho@gmail.com

acervo foram extraídos: autor, ano, revista e país de publicação; título, objetivo geral, metodologia e os principais resultados.

RESULTADOS

Dos 20 artigos, averiguou-se que 13 foram escritos em inglês, seis em português e um em espanhol. Apenas um possui abordagem quantitativa, um outro com abordagem mista e os demais utilizam técnicas qualitativas. Com relação à territorialização, há estudos na Austrália, EUA, África do Sul, países da Europa, Chile, México e Brasil. Quanto à intersecção de gênero, raça/etnia, classe, território, cultura e cuidado, poucos são os achados que evidenciam como as forças interligadas de opressão informam, mantêm e exacerbam os caminhos para o encarceramento. Dos 20 artigos, sete mencionam de forma explícita sobre raça/etnia, mas, destes, apenas três fazem uma análise racializada referente a como o racismo impacta no aprisionamento de mulheres trans. Dos seis artigos em prisões brasileiras, nenhum leva em consideração a PNAISP em suas análises e a abordagem racializada do aprisionamento é infimamente discutida. Dentre os artigos selecionados, 18 tratam de saúde pelo segmento de ausência, apontando as carências assistenciais de saúde biopsicossociais dentro das prisões, ressaltando o pouco ou nenhum acesso à saúde para afirmação de gênero e a precariedade da assistência recebida; apenas dois apontam para mecanismos promotores de cuidados a partir de ações realizadas pelas próprias apenadas como mecanismo de resistência e resiliência no cárcere. Todos os artigos analisam as violências sofridas pelas mulheres trans e travestis na prisão. Ao menos 12 relatam a ocorrência de violência sexual culminando em estupros; Outrossim, 17 artigos apontam para o aprisionamento do público alvo em unidades prisionais masculinas; apenas três estudos discutem as alas LGBTI como mecanismo de proteção, garantia de direitos humanos, afirmação de gênero e “escolha”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A diversidade de países que aborda mulheres trans e travestis na prisão permite uma análise abrangente da temática, em especial as condições de saúde. Ao adotar uma perspectiva interseccional, verificou-se que fatores como raça, etnia, identidade de gênero, classe e migração interagem de maneira a tornar o público alvo especialmente vulnerável à criminalização e à violência institucional. Contudo, é importante ressaltar a escassez de pesquisas que realizam essas análises, sobretudo nas prisões brasileiras. Todos os artigos expõem as violências enfrentadas por elas nas prisões e alertam para tal agravo diante do aparato do Estado, incluindo casos alarmantes de violência sexual decorrente do encarceramento em unidades masculinas sem alas/celas específicas para a população LGBTI, tais condições expõem que esse público é invisibilizado e negligenciado dentro das prisões e que é imprescindível discussões mais aprofundadas.

REFERÊNCIAS

- (1) STF. Medida Cautelar na ADPF 347. Partido Socialismo e Liberdade – PSOL e União. Brasília, DF; 2015.
- (2) Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estudos Feministas*. 2002;10(1):171–188.
- (3) Duarte RB. A violação dos direitos humanos em relação aos travestis nos presídios do Distrito Federal. *Virtù: Direito Human*. 2018;8(23).
- (4) Brasil. LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília, DF, 2020.
- (5) Van Hout MC, Crowley D. The “double punishment” of transgender prisoners: a human rights-based commentary on placement and conditions of detention. *Internat J Prisoner Health*. 2021;17(4):439–451.

ASOCIACIÓN DE VIOLENCIA INTERPERSONAL Y CONSUMO DE CIGARROS, CIGARROS ELECTRÓNICOS Y USO DUAL ENTRE ESTUDIANTES ADOLESCENTES MEXICANOS

Rosibel Rodríguez-Bolaños¹

Evangelina Díaz-Andrade

Paula Ramírez-Palacios

Anabel Rojas-Carmona

Katia Gallegos-Carrillo

Inti Barrientos-Gutiérrez

Lizeth Cruz-Jiménez

Dèsirée Vidaña-Pérez

Edna Arillo-Santillán

James F Thrasher

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema global de salud pública que afecta el desarrollo físico y mental de las personas. La población adolescente que experimenta eventos violentos presentan más dificultades en su desarrollo individual, en sus relaciones interpersonales y sociales. Durante la pandemia de COVID-19, se reportó un aumento en la violencia doméstica en varios países, incluidos México y otros cinco países latinoamericanos (1). La violencia se relaciona con un mayor riesgo de consumo de cigarros, alcohol y sustancias psicoactivas (2). En México hay poca investigación sobre la influencia de la violencia en el consumo de cigarros electrónicos (c-elec) y su uso dual (es decir, cigarro combustión y electrónico).

El consumo de cigarros combustibles entre adolescentes ha disminuido globalmente, mientras el uso de c-elec aumenta. Factores como género, pertenencia a minorías sexuales, experiencias traumáticas, influencia de los pares y consumo de alcohol aumentan el riesgo de uso (3).

En México, la ENSANUT-2021 mostró que 2.7% de adolescentes fuma y 3.5% usa c-elec (4). En Jalisco, antes de la pandemia, la prevalencia de cigarros combustibles era 3.7% y 1.7% para c-elec. En 2022 Jalisco estuvo entre los 10 estados mexicanos (de 32) con mayor número de llamadas por violencia y el 5.0% de adolescentes del sur de Jalisco, reportaron violencia interpersonal.

El propósito de este estudio fue explorar la relación entre violencia interpersonal y consumo de cigarros combustibles y electrónicos y el uso dual, en estudiantes de secundaria y preparatoria de la Región Sanitaria Sur de Ciudad Guzmán, Jalisco durante la pandemia.

1 Instituto Nacional de Salud Pública E-mail: rrodriguez@insp.mx

METODOLOGÍA

Los datos provienen de una encuesta online realizada entre 3,046 adolescentes (12-19 años) entre septiembre y diciembre de 2021. Los estudiantes informaron haber sufrido negligencia, violencia física, psicológica y sexual por parte de algún miembro del hogar y violencia digital (por parte de cualquier persona) en los 12 meses previos a la encuesta, así como el uso actual (últimos 30 días) de cigarros y c-elec. En modelos logísticos multinomiales, se realizó una regresión del uso exclusivo de cigarros, el uso exclusivo de c-elec y el uso dual (referencia=sin uso) en función de la violencia experimentada y covariables analizadas: sociodemográficas, sexo, orientación sexual (heterosexual, LGB, no sé), edad (12-14 y 15-19 años), estructura familiar (viviendo con ambos padres, un padre o con otras personas), y empleo (Sí/No). La riqueza familiar se evaluó con la Family Affluence Scale (FAS, por siglas en inglés), categorizando las puntuaciones en baja, media y alta riqueza; y reglas parentales sobre el uso de videojuegos, Internet y televisión en tres categorías: ninguna (0 reglas), alguna (1-2 reglas) y mucha regulación (3-4 reglas).

RESULTADOS

Entre 3,046 adolescentes encuestados, el 57.4% eran mujeres, el 64.5% se identificaba como heterosexual, y el 78.0% tenía entre 12 y 14 años. Más de la mitad vivía con ambos padres (51.3%), el 29.5% tenía empleo y el 34.6% reportó baja riqueza familiar (FAS). En cuanto a experiencias de violencia, el 46.9% sufrió violencia física, el 42.6% violencia psicológica, el 34.9% negligencia, el 12.3% violencia digital y el 5.2% violencia sexual.

El uso exclusivo de cigarros combustibles fue del 1.4%, el de c-elec del 6.1%, y el uso dual (ambos productos) del 2.4%. Los adolescentes que vivían con solo uno de sus padres (RRRA=2.46, IC: 1.17-5.18), tenían amigos fumadores (RRRA=6.78, IC: 3.18-14.43) o habían experimentado violencia física (RRRA=2.28, IC: 1.05-4.96) tenían más probabilidades de fumar exclusivamente. Por otro lado, tener reglas parentales sobre el uso de medios digitales redujo el riesgo de fumar (RRRA=0.37, IC: 0.17-0.80).

El uso exclusivo de c-elec fue más común en adolescentes LGB (RRRA=1.69, IC: 1.04-2.74), con altos niveles de riqueza (RRRA=1.71, IC: 1.09-2.69), empleados (RRRA=1.68, IC: 1.20-2.37), con amigos o padres que usaban c-elec (RRRA=6.21, IC: 4.11-9.40 y RRRA=2.12, IC: 1.42-3.16, respectivamente), y en víctimas de violencia psicológica (RRRA=1.55, IC: 1.05-2.29) o digital (RRRA=1.68, IC: 1.12-2.54).

El doble uso se asoció con adolescentes mayores (RRRA=1.78, IC: 1.01-3.14), empleados (RRRA=1.69, IC: 0.98-2.89), con amigos o padres que usaban cigarros (RRRA=2.03 IC:1.05, 3.91 y RRRA=5.80 IC:2.78, 12.11, respectivamente) o c-elec (RRRA=1.91 IC:1.04, 3.51 y RRRA=5.28 IC:2.55, 10.93, respectivamente). Además, la victimización por violencia física, digital, negligencia y sexual aumentó el riesgo de doble uso.

CONSIDERACIONES

Las experiencias de violencia se asociaron positivamente con el uso de cigarros combustibles, c-elec y el uso dual. Los resultados destacan la necesidad de implementar intervenciones intersectoriales que involucren a la familia, escuela y comunidad, enfocándose en experiencias infantiles adversas, como la violencia, por su relación con conductas adictivas. También resaltan la influencia de amigos, padres/madres y la disponibilidad de dinero en el tabaquismo adolescente, lo que puede orientar estrategias de prevención y legislación.

En el entorno escolar, las estrategias de prevención deben incluir la participación de los padres/madres, enfatizando la importancia de su papel como modelos a seguir frente al consumo de tabaco y fomentando comportamientos responsables. Los programas y actividades de prevención deben comenzar en la educación primaria, considerando que es a edades tempranas cuando los adolescentes tienden a experimentar con cigarros de combustión y electrónicos.

REFERENCIAS

- (1) UNICEF. La juventud opina sobre violencia durante la pandemia de la COVID-19. UNICEF; 2021. <https://www.unicef.org/lac/la-juventud-opina-sobre-violencia-durante-la-pandemia-de-la-covid-19>
- (2) Kim J, Lee S, Chun JS. An International Systematic Review of Prevalence, Risk, and Protective Factors Associated with Young People's E-Cigarette Use. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:11570.
- (3) Jane Ling MY, Abdul Halim AFN, Ahmad D, Ahmad N, Safian N, Mohammed Nawi A. Prevalence and Associated Factors of E-Cigarette Use among Adolescents in Southeast Asia: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:3883. doi: 10.3390/ijerph20053883
- (4) Shamah-Levy T *et al*. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Cuernavaca: INSP; 2021. P. 148-162.

ASOCIACIÓN ENTRE TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD-SEXO DE ALTAS HOSPITALARIAS POR HELMINTIASIS TRANSMITIDAS POR EL SUELO E INEQUIDADES EN ECUADOR 2001, 2010 Y 2022

Cristina Aldaz Barreno¹

Pablo Álvarez

Gabriela Dávila

Philip Cooper

Natalia Romero

Introducción

Las helmintiasis transmitidas por el suelo (HTS) son enfermedades tropicales desatendidas (ETD), causadas por parásitos intestinales (*Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura*), anquilostomas (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*) y nemátodos (*Strongyloides stercoralis*), transmitidos por huevos o larvas que contaminan el suelo y pueden provocar anemia, desnutrición, afectación al desarrollo físico y cognitivo (1). Estudios sobre hospitalizaciones por HTS muestran como factores de riesgo la falta de servicios de saneamiento, retraso en el diagnóstico y falta de tratamientos oportunos (2). La hospitalización por HTS constituye la punta del iceberg de las inequidades en salud (3).

Ecuador está ubicado en la línea ecuatorial, con un 87% del territorio con climas tropical y subtropical y temperaturas entre 16°C y 28°C. El Sistema de Salud es único, basado en la Atención Primaria de Salud y con participación de actores públicos y privados. La implementación de agua segura, alcantarillado y saneamiento están a cargo de los gobiernos locales. La información de determinantes sociales de la salud se recolecta en los censos decenales y los egresos hospitalarios (EH) son reportados por las unidades de salud con internación al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) que administra, almacena y publica anualmente en su plataforma oficial.

OBJETIVO

Estimar la tasa estandarizada por edad-sexo de egresos hospitalarios por helmintiasis y analizar la asociación con factores de inequidad en los tres últimos años censales, 2001, 2010 y 2022 en Ecuador y sus 24 provincias.

METODOLOGÍA

Estudio ecológico en bases secundarias públicas, con las provincias como unidad ecológica. Los factores de inequidad fueron obtenidos de los censos poblacionales y expresados por el porcentaje de pobres por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), definido como materiales inadecuados en techos, pisos o paredes, hacinamiento (más de tres por cuarto), falta de agua potable o saneamiento, presencia de niños en edad escolar que no asisten a la escuela y alta proporción de personas inactivas o desempleadas en el hogar respecto a los activos. Además, se analizaron la densidad poblacional, el

porcentaje de territorio de cada unidad ecológica con clima tropical y subtropical, la proporción de población indígena y la tasa de camas hospitalarias por 10 000 habitantes. La estandarización de la tasa por edad-sexo de EH se realizó por el método indirecto con la población de Ecuador como referencia y se estudió su asociación con los factores mediante la regresión de Poisson, expresado por la razón de tasa ajustada (aRRs), para cada año censal. Se consideró un valor $p \leq 0,05$ como punto de corte para la significación estadística.

RESULTADOS

La tasa estandarizada de EH por HTS disminuyó en el periodo de estudio (7,78 a 2,35 por 100 000 habitantes). Las provincias del sur de la Amazonía (Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe) mantuvieron las tasas estandarizadas más altas en los tres años de estudio. Para el 2010 y 2022, provincias del centro-sur andino (Cañar y Azuay) se incorporaron al grupo de provincias con mayor tasa estandarizada y en el año 2022 la provincia de las Galápagos. Después de realizar el ajuste multivariante, observamos altas aRRs y significativas, en los tres años censales, asociadas a la mayor proporción de población indígena y mayor proporción de territorio tropical/subtropical. La pobreza por NBI incrementó la aRRs en el 2022. A mayor densidad poblacional disminuyó la aRRs en los tres años. En el 2001 y 2022 se observó un incremento de la aRRs asociada a una mayor tasa de camas hospitalarias.

CONSIDERACIONES

El análisis muestra cómo los factores de inequidad, expresados a través de la pobreza por NBI y población indígena, influyen en el incremento de las tasas estandarizadas de EH por HTS, aun cuando en los tres años censales la tasa nacional disminuyó progresivamente. Al incremento de la aRRs se suma la mayor proporción de territorios tropicales/subtropicales reflejando una mayor carga de HTS y condiciones ambientales. Una mayor densidad poblacional redujo la aRRs, posiblemente por mejor acceso a servicios. El incremento de aRRs en 2001 y 2022 con más camas hospitalarias sugiere que factores estructurales y de acceso influyen en la demanda y atención hospitalaria.

REFERENCIAS

1. Santos MCS, Heller L. Schistosomiasis, soil-transmitted helminthiasis and sanitation in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Pan American J Public Health. 2023. Disponible em: <https://journal.paho.org/en/articles/schistosomiasis-soil-transmitted-helminthiasis-and-sanitation-latin-america-and-caribbean>.
2. Lo NC *et al.* A call to strengthen the global strategy against schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis: the time is now. Lancet Infect Dis. 2017;17(2):e64–9. Disponible em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914852/>.
3. Gebrehiwet MG, Medhaniye AA, Alema HB. Prevalence and associated factors of soil-transmitted helminthes among pregnant women attending antenatal care in Maytsebri primary hospital, North Ethiopia. BMC Res Notes. 2019;12(1):1–6. Disponible em: <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4684-3>.

ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES IMIGRANTES NO SUS: PRINCÍPIOS E DESAFIOS

Carolina Simone Souza Adania¹

Camila Athayde

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A universalidade e a equidade são princípios fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, assegurando o acesso à saúde como um direito de todos e priorizando aqueles em situações de maior vulnerabilização [1]. Contudo, mulheres imigrantes enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde, em razão de fatores como desigualdades sociais, barreiras linguísticas e culturais, xenofobia, discriminações de gênero e raça, além da precariedade nas condições de vida e trabalho [2]. No contexto brasileiro, com destaque para a tendência de feminização das migrações, é fundamental compreender como os princípios do SUS são aplicados na garantia de cuidado à saúde dessa população.

O princípio da universalidade preconiza que a saúde é um dever do Estado, isto é, qualquer pessoa, brasileira ou estrangeira, documentada ou não, tem direito ao acesso gratuito à saúde, independentemente de seus marcadores sociais de diferença. A equidade identifica que as populações têm demandas distintas e, portanto, se propõe a considerar as desigualdades sociais, econômicas e geográficas de grupos mais vulnerabilizados.

Ainda que no Brasil haja uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) [3], não há qualquer menção às migrantes no documento que as inclua como um grupo de mulheres que demandam de cuidados orientados a partir de suas especificidades.

OBJETIVO

Articular os princípios de universalidade e equidade do SUS à atenção à saúde de mulheres imigrantes no Brasil, considerando a importância de incluir suas demandas relacionadas ao status migratório e atravessadas das questões de raça, classe, território, condições de vida, trabalho, funcionalidade e moradia.

METODOLOGIA

O debate sobre universalidade e equidade no contexto das mulheres imigrantes evidencia uma tensão entre o reconhecimento formal de direitos e sua efetivação. Historicamente, o SUS consolidou-se como um dos mais abrangentes sistemas de saúde do mundo, oferecendo cuidado gratuito e integral. No entanto, o acesso aos serviços de saúde por populações imigrantes, especialmente mulheres, continua sendo limitado por diversos fatores. A xenofobia, a barreira linguística e o desconhecimento sobre os direitos são entraves frequentes [4].

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: carol.adania@gmail.com

Quando observamos políticas voltadas às mulheres, como a PNAISM, percebemos que o documento menciona características étnico-raciais, mas não se refere à nacionalidade ou status migratório. Isto é, a Política Nacional está voltada para a saúde das mulheres brasileiras, mas compromete o princípio do SUS de universalidade em reconhecer o dever do Estado em garantir o acesso a todas; e o de equidade, já que as especificidades das migrantes no cuidado em saúde e as precarizações de vida e trabalho relacionadas às mulheres estrangeiras ainda demandam de inclusão e aprofundamento.

Uma abordagem interseccional permite compreender como gênero, raça, classe e status migratório interagem para produzir desigualdades específicas. Mulheres imigrantes frequentemente ocupam espaços precarizados no mercado de trabalho e enfrentam riscos de violência de gênero, fatores que intensificam sua vulnerabilização [2].

A resposta a essas demandas tem sido heterogênea e fragmentada, variando conforme a região e as iniciativas locais. Como exemplos, temos o lançamento de cartilhas produzidas pela Universidade Estadual de Campinas, em parceria com a Organização Internacional para as Migrações (OIM) [5]; e a da Fiocruz, “Migração, trabalho e violência: interfaces com a saúde”, voltada aos impactos de violências relacionadas ao trabalho na saúde [6]. Os materiais têm como objetivo fornecer informações acessíveis sobre vários tipos de direitos e orientar sobre serviços de saúde disponíveis no SUS, facilitando o acolhimento e a integração de mulheres migrantes no Brasil.

Outro exemplo é a implementação de um serviço de mediadores interculturais na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2), desde 2021, para facilitar o acesso de imigrantes aos serviços de saúde, reduzindo barreiras linguísticas e culturais.

Em 2023, ocorreram no município do Rio de Janeiro duas capacitações focadas na proteção e saúde de pessoas refugiadas e migrantes (2), com apoio da agência da ONU para Refugiados (ACNUR), da Organização Internacional para as Migrações (OIM) e do Programa de Atendimento a Refugiados e Solicitantes de Refúgio (PARES) Cáritas-RJ.

Ainda que essas iniciativas sejam de extrema importância ao acolhimento de usuárias imigrantes, elas ainda acontecem de maneira muito incipiente e, portanto, é uma questão que ainda necessita de investimentos de pesquisa e políticas públicas pensadas para os cuidados de mulheres estrangeiras no âmbito do SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atenção à saúde de mulheres imigrantes no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, que limitam a realização plena dos princípios de universalidade e equidade do SUS. Apesar disso, iniciativas locais e ações integradas demonstram que avanços são possíveis, especialmente quando há uma abordagem interseccional e culturalmente sensível. Vale mencionar que a população migrante contou com sua primeira delegação na 17ª Conferência Nacional de Saúde (2), em 2023, o que viabiliza o reconhecimento das suas demandas através da participação social. Políticas públicas mais inclusivas e a

ampliação de boas práticas são fundamentais para garantir que o SUS continue sendo uma referência em saúde pública, também para as populações imigrantes.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial da União 1990; set 20.
- (2) Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. Saúde sociedade. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cWVZwsdskypzjb659sdvjd/#>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- (4) Cavalcanti L, Oliveira T, Silva BG. Relatório Anual OBMigra 2022. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais. 2022. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>
- (5) Silva AD et al. Saúde Geral da Mulher. Brasília, DF: OIM; 2023. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2024-02/saude-geral-da-mulher.pdf>.
- (6) Andrade CB et al. Migração, trabalho e violência: interfaces com a saúde. 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61402>.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: UMA PRIORIDADE OU UMA LACUNA?

Ricardo Cavalcante da Silva Filho¹

Thiago Roberto Manttuane

Gabriel Ramos Amaral Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, reformas no ensino médico enfrentaram disputas políticas, mantendo a ênfase na formação clínica. Desde a Reforma Sanitária Brasileira, tentativas buscaram integrar a Atenção Primária à Saúde (APS) e Saúde Comunitária ao currículo médico. No entanto, a implementação das diretrizes enfrenta desafios, como resistência institucional e adaptação curricular. Apesar dos avanços, muitos cursos priorizam um modelo tecnicista e hospitalocêntrico (1). Investidas buscaram ampliar a carga horária de Medicina Comunitária nos primeiros anos da graduação, especialmente na APS, em Unidades Básicas de Saúde. Contudo, a abordagem teórico-metodológica foca a perspectiva clínica do processo saúde-doença. Nota-se que as Instituições de Ensino Superior buscam implementar a metodologia do Problema Baseado em Evidências como ferramenta prática, mas que por sua natureza apresenta limitações ao interpretar problemas da dinâmica social e a inserção precoce dos estudantes no sistema de saúde, isto é, este enfoque não desnuda metodologicamente os processos sociais. Ainda, conforme apontou Mendes-Gonçalves (2) a formação médica segue à naturalização do processo saúde-doença obscurecendo a determinação social do processo. Desta forma, esta pesquisa problematiza o currículo de medicina vigente, analisando interesses que orientam a formação médica no Brasil, buscando revelar contradições e apontar caminhos para uma formação crítica e emancipatória.

OBJETIVO

Analisar ementas do curso de medicina de universidades estaduais do estado de São Paulo, a fim de explicitar como o processo saúde-doença é ensinado e incluído na grade curricular dos estudantes.

METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho trata-se de natureza quali-quantitativa, cuja perspectiva central está alicerçada no arcabouço do materialismo histórico e dialético. Essa abordagem permite ultrapassar a aparência dos fenômenos e apreender as mediações que estruturam a formação médica no Brasil, desvelando os interesses hegemônicos que orientam a organização curricular. Assim, busca-se não apenas interpretar a realidade, mas identificar possibilidades de superação das determinações impostas pela lógica do capital na educação em saúde (3). Trata-se de uma pesquisa documental que segue os passos: 1) Seleção das fontes, identificando documentos relevantes; 2) Análise do contexto em

1 Universidade Paulista. E-mail: ricardo.filho52@aluno.unip.br

que foram produzidos; 3) Exploração do conteúdo, examinando informações explícitas e implícitas; 4) Categorização dos dados em temas ou eixos e 5) Interpretação dos resultados, relacionando-os à problemática da pesquisa e aos referenciais teóricos (4). No aspecto quantitativo, utilizou-se a plataforma do ENADE, analisando as grades curriculares das duas melhores faculdades públicas estaduais avaliadas pelo INEP em 2019.

RESULTADOS

Na análise comparativa das grades curriculares dos cursos de medicina, ao separar as disciplinas voltadas à clínica médica das que abordam conceitos de saúde coletiva, ou que se aproximam, constatou-se uma disparidade significativa. Apenas 10% da carga horária total, em média, são dedicados ao ensino de abordagens em Atenção Primária à Saúde. Esse dado evidencia uma fragilidade estrutural na formação médica no que tange à saúde coletiva. As ementas das universidades analisadas (5, 6) consistem em uma grade curricular majoritariamente voltada para conceitos da clínica médica, consequentemente a concepção da saúde como ausência de doença ancorada no arcabouço teórico da clínica médica, em que são ensinados a identificar sinais e sintomas de patologias com resposta de intervenções medicamentosas, no modelo queixa-conduta. (2)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente estudo revela que a formação médica atual apresenta lacunas significativas em relação à APS, ao priorizar disciplinas da clínica médica em detrimento de conceitos essenciais da Saúde Coletiva e da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Essa desconexão entre a prática médica e o contexto social reflete o avanço do modelo capitalista, que medicaliza a saúde e limita a atuação médica a uma abordagem individualizada, sem considerar a totalidade dos acontecimentos sociais. O modelo curricular vigente compromete, portanto, a efetividade da APS e a prática da Medicina da Família e Comunidade, precarizando a saúde coletiva e a integralidade do cuidado. Para uma compreensão mais ampla da inserção da saúde coletiva na formação médica, faz-se necessária uma análise aprofundada qualitativa dos currículos, o que será explorada em futuras publicações.

REFERÊNCIAS

- (1) Vieira L, Sanches LC. A influência dos movimentos sociais nas diretrizes curriculares nacionais de medicina no Brasil 2001 e 2014. Cad FUCAMP. 2024;30:19. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/3499>.
- (2) Mendes-Gonçalves RB. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica. In: Saúde, Soc. e His. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 299-374.
- (3) Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2013;47.6:1417-25.

- (4) Lüdke M, André M. Pesquisa em educação. São Paulo: EPU; 1986.
- (5) UNICAMP. Currículo pleno 2022–Curso de Medicina. Campinas: Unicamp; 2022. Disponível em: <https://tinyurl.com/55zmd95z>.
- (6) UNESP. Estrutura Curricular do Curso de Medicina. Botucatu: UNESP. Disponível em: <https://tinyurl.com/2mx4s2fs>.

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: ENTRAVES NA COLETA DO QUESITO RAÇA/COR EM BOTUCATU (SP)

Pedro Monteiro da Rocha Ramos¹

Adriane das Neves Silva

Margareth Aparecida Santini de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população brasileira é majoritariamente negra, segundo o IBGE, e enfrenta profundas desigualdades historicamente enraizadas. Entender os fenômenos que induzem a diferentes perfis de morbi-mortalidade é uma das tarefas que, historicamente, marcou a consolidação das ações de Saúde Pública. A história da população negra no Brasil é calcada por desigualdades e iniquidades. Neste contexto, sendo a saúde indissociável da realidade social concreta, tem-se o racismo como um relevante elemento de preocupação ao se pensar em estratégias de combate a iniquidades. Para enfrentar essas desigualdades, foi criada em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que visa combater o racismo nos serviços de saúde [1]. No entanto, sua implementação ainda enfrenta desafios, dentre eles, a dificuldade na efetivação da obrigatoriedade de coleta do quesito Raça/Cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde instituído pela Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, pois se trata de uma informação valiosa ao levantamento de dados epidemiológicos, formulação de políticas públicas e monitoramento da implementação da PNSIPN [2]. Diante disso, a pesquisa tem o intuito de conhecer como é realizada a coleta do quesito raça/cor na Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Estado de São Paulo.

OBJETIVO

Descrever a implementação da coleta do Quesito Raça/Cor nos serviços de saúde do município, e identificar os facilitadores e dificultadores desse processo;

Identificar a forma de coleta do quesito Raça/Cor presente nos formulários dos sistemas de informação em saúde em serviços da atenção primária no município;

METODOLOGIA

Este estudo exploratório e qualitativo investigou a implementação da obrigatoriedade do quesito Raça/Cor nos serviços de saúde da Atenção Primária em município de porte médio do estado de São Paulo. Foram entrevistados 11 trabalhadores de cinco unidades da APS (UBS, USE, CSE), com foco nos setores responsáveis pelo cadastro de pacientes. Questionários semiestruturados abordaram a forma de coleta do quesito Raça/Cor, dificuldades encontradas, e a percepção dos profissionais sobre o tema. A análise temática identificou facilitadores e barreiras no preenchimento dos dados,

permitindo correlações com a literatura científica existente. Aprovação no CEP FMB/ Unesp (CAAE: 77565823.9.0000.5411).

RESULTADOS

Entrevistas com trabalhadores administrativos em unidades de saúde de Botucatu revelaram que a maioria são mulheres (73%), autodeclaradas brancas (82%), responsáveis pela coleta do quesito Raça/Cor. A coleta de dados mostrou uma prática diversificada e, em muitos casos, incoerente com as diretrizes da Portaria nº 344, que orienta a autodeclaração [3]. O município utiliza o e-SUS Atenção Primária (inclui o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e o Cartão SUS) e um sistema privado. Embora ambos exigem o preenchimento do quesito Raça/Cor, a falta de capacitação padronizada resulta em variações na coleta, sendo possível identificar três padrões de preenchimento do campo: autodeclaração, heteroidentificação e aqueles que variam de acordo com a situação, sendo esse padrão o mais recorrente. *“Quando a pessoa, assim, eu vejo que a pessoa tem traços brancos, eu já coloco branco, né? Já quando eu vejo que não é branco, eu pergunto como que a pessoa se considera.”* (E8). A falta de conhecimento da Portaria e a percepção errônea sobre o racismo como um fenômeno apenas interpessoal também prejudicam a precisão da coleta, foi predominante interpretações como: *“É quando você não respeita aquela pessoa que é diferente. Pode ser pela cor, pelo gênero, religião. Então, eu acho que não está relacionado só com a raça. (...)”* (E9).

A maioria dos trabalhadores desconhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (82%) e não recebeu formação sobre o tema (91%), o que compromete a compreensão da importância da coleta do quesito Raça/Cor e a capacidade de lidar adequadamente com a questão racial no atendimento à saúde. Ao serem questionados se conheciam a PNSIPN, chamou atenção a menção de não conhecer, por não entender raça como um fator que interfere no seu olhar para o cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esse estudo se insere numa perspectiva de compreender as dificuldades na efetiva implementação dos dispositivos previstos pela PNSIPN no cenário municipal, sendo o quesito Raça/Cor escolhido como um importante indicador acerca desse processo. Ao identificar quais são as atuais dificuldades a serem solucionadas, é possível fortalecer a coleta de dados, promover a equidade na saúde através da compreensão das necessidades de saúde e qualificar a informação que chega aos profissionais da assistência. O estudo direcionou o foco da investigação na percepção de trabalhadores administrativos, pois estes são os que, em geral, efetivamente fazem a coleta do quesito Raça/Cor na APS. Para além de se compreender a (não) implementação, também se propõe a um compromisso ético-político de que a universidade brasileira seja uma aliada na formulação do conhecimento técnico e científico que auxilie em sua efetivação.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [Internet]. 13 de maio de 2009. Acesso em: 22 de abril de 2025. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html
- [2] Geraldo RM, Costa MC, Paim JS, Ribeiro KSQS, Araújo JP, Silva DO. Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. *Ciência Saúde Colet.* 2022; 27(10): 3871–80.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; [Internet]. 1 de fevereiro de 2017. Acesso em: 22 de abril de 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html

ATENDIMENTO A GESTANTES NEGRAS EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL: UMA ANÁLISE À LUZ DA BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E DO RACISMO INSTITUCIONAL

Marisa da Conceição¹

Cristiane Maria Amorim Costa

Cecília Maria Izidoro Pinto

Sônia Beatriz dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O atendimento a gestantes negras em contextos de vulnerabilidade social representa uma questão crítica no cenário da saúde pública brasileira. As desigualdades sociais e raciais impactam diretamente o acesso, a qualidade e os desfechos do cuidado em saúde, especialmente no período gestacional. Estudos apontam que essas mulheres enfrentam obstáculos estruturais, como racismo institucional, negligência e ausência de políticas públicas efetivas, o que resulta em experiências desumanizadas e, por vezes, violentas durante o pré-natal e o parto. Essas barreiras são intensificadas pela intersecção de fatores como pobreza, baixa escolaridade e exclusão social, os quais compõem um quadro de vulnerabilidade que requer atenção especial por parte do Estado e da sociedade civil(1-6).

A interseccionalidade, como referencial teórico, permite compreender como os marcadores de raça, gênero e classe se entrelaçam para agravar desigualdades e reforçar estruturas de opressão. Diante desse cenário, a bioética da proteção, proposta por Schramm, surge como uma ferramenta teórica e prática para o enfrentamento dessas iniquidades, ao propor uma ética comprometida com a justiça social, a equidade e o reconhecimento da dignidade humana(7-9).

Este artigo se justifica pela necessidade urgente de repensar as práticas de cuidado obstétrico sob a ótica da equidade racial, propondo diretrizes para transformar o atendimento às gestantes negras em contextos de vulnerabilidade social, tornando-o mais justo, acolhedor e humanizado.

METODOLOGIA

Este estudo baseou-se em uma revisão narrativa da literatura, com ênfase nos principais debates acadêmicos e institucionais sobre o acesso à saúde de mulheres negras. A busca foi realizada na base de dados LILACS, utilizando descritores como “saúde da mulher negra” e “racismo institucional”. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2021, disponíveis em texto completo e nos idiomas português, inglês ou espanhol.

A análise dos textos selecionados seguiu uma abordagem qualitativa, com leitura crítica e identificação de eixos temáticos emergentes, permitindo uma reflexão fundamentada sobre os desafios enfrentados por gestantes negras no sistema de saúde.

RESULTADOS

Os dados analisados revelaram a persistência de desigualdades raciais no atendimento às gestantes negras. A literatura evidencia que essas mulheres enfrentam racismo institucional, barreiras geográficas, falhas na coordenação do cuidado e negligência quanto às suas necessidades específicas. Muitas vezes, os profissionais de saúde não reconhecem as particularidades culturais e sociais que envolvem essas pacientes, resultando em abordagens estigmatizantes e deshumanizadas(10-13).

Nesse contexto, a bioética da proteção é apresentada como uma abordagem capaz de articular ações baseadas na justiça social e na redução de danos. Tal bioética propõe a defesa ativa de grupos em situação de vulnerabilidade, orientando práticas que respeitem a dignidade e assegurem os direitos das mulheres negras. Além disso, a formação crítica dos profissionais de saúde surge como elemento central para combater o racismo estrutural e institucional presente no cotidiano do SUS(9, 14,15).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que o enfrentamento das desigualdades no atendimento às gestantes negras requer uma abordagem ética centrada na proteção, justiça e equidade. A bioética da proteção oferece um referencial sólido para repensar as práticas institucionais e promover um cuidado sensível às especificidades dessa população.

Para isso, é imprescindível que o Estado assuma a responsabilidade pela formulação e implementação de políticas públicas intersetoriais que considerem os marcadores sociais da diferença — como raça, gênero e classe — como determinantes sociais da saúde.

O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), aliado à criação de diretrizes específicas voltadas à equidade racial e ao monitoramento contínuo de indicadores de saúde com recorte racial, é fundamental para garantir avanços concretos(8,13).

Além disso, destaca-se a necessidade de ações afirmativas e da capacitação contínua dos profissionais da saúde, com foco em competências culturais e antirracistas. Tais medidas são essenciais para a construção de um modelo de atenção mais humanizado, ético e respeitoso para com as gestantes negras em contextos de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Assis GL, Jesus CH. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos e dimensões. Cien Saude Colet. 2012;17(11):2865-75
- (2) Geledés – Instituto da Mulher Negra. Racismo institucional e saúde. São Paulo: Geledés; 2013
- (3) Kalckmann S, Santos CG, Andrade EIG, Batista LE. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saude Soc. 2007;16(2):25-35
- (4) Goes EF, Menezes GM, Almeida MCC, Alves FJO. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19: reflexões a partir do racismo estrutural. Rev Bras Epidemiol. 2020;23(Supl 1):e200120

- (5) Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Desigualdades no atendimento ao parto no Brasil: análise da pesquisa Nascir no Brasil. Cad Saude Publica. 2017;33(3):e00194815
- (6) Viegas SMF, Vargas LA. Política de saúde da população negra: limites e possibilidades. Cien Saude Colet. 2016;21(1):201-10
- (7) Oliveira PM. A seletividade das políticas públicas durante a pandemia de Covid-19: um olhar sobre a população negra. Saude Debate. 2020;44(Esp 4):95-108
- (8) Vianna MRS. Desigualdades étnico-raciais na mortalidade materna no Brasil. Saude Debate. 2011;35(90):103-14
- (9) Schramm FR. Bioética da proteção como ferramenta para a promoção da justiça sanitária. Cien Saude Colet. 2011;16(3):1923-30
- (10) Benevides R, Santos EM, Gomes MF, organizadores. Mortalidade materna no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
- (11) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Estud Av. 2016;30(86):207-18
- (12) Costa AAM. Atenção obstétrica e neonatal no Brasil: estudos de caso em três regiões. Brasília: Ministério da Saúde; 2018
- (13) Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Rev Saude Publica. 2014;48(3):327-36

AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO PARA AS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA EM MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NA BAHIA, DE 2013 A 2022

Kaiane Souza de Oliveira¹

Beatriz Emanuely Alves Ferreira

Daniely Alves Dalla Zana Frazão

Maria Helena Correia Oliveira

Sara Beatriz Abreu Pinho

Veronica Santos Ricardo

Adryanna Cardim de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A divisão entre homens e mulheres, baseada em características biológicas e papéis sociais distintos, é uma organização social bastante difundida. Essa estrutura atribui funções específicas a cada gênero, perpetuando estereótipos e desigualdades sociais. Logo, indivíduos que desafiam essa norma são marginalizados e expostos a diversas formas de violência que limitam a liberdade individual e a autodeterminação, perpetuando, assim, uma hierarquia social que subordina grupos minoritários [1].

Atualmente, a compreensão das identidades de gênero vai além das dicotomias tradicionais. A distinção entre “mulher trans” e “travesti” é essencial para a precisão conceitual e o respeito à diversidade: “mulher trans” refere-se a quem, embora designada do sexo masculino ao nascer, se identifica como mulher, enquanto “travesti” adota comportamentos e estética femininos, sem necessariamente se identificar como mulher [2].

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) armazena os dados das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, possibilitando a inclusão de informações sobre violência contra mulheres transexuais e travestis. A análise desses dados permite traçar um panorama geral da violência, elucidando informações importantes e permitindo a confirmação de que este cumpre seu papel na identificação e no enfrentamento da violência contra essa população [3].

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é analisar as notificações de violência contra mulheres transexuais e travestis no SINAN na Bahia, entre 2013 e 2022, avaliando padrões, subnotificações e lacunas nos dados, visando contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de proteção e garantia de direitos desse grupo populacional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo casuística, no qual avaliou-se a qualidade dos dados de violência contra mulheres transexuais e travestis na Bahia, com base no SINAN de 2013 a 2022. O foco foi a completitude das notificações, analisando o preenchimento dos campos. Para isso, foi verificada a porcentagem de campos “ignorados” ou em branco, com a expectativa de que esses valores fossem baixos para garantir dados completos e fidedignos. Desse modo, a análise desses campos ignorados utilizou critérios de excelente (<10%), regular (10%-30%) e ruim (>30%).

As variáveis obrigatórias e essenciais analisadas incluíram características sociodemográficas (faixa etária, escolaridade, raça/cor), características da violência (local e natureza da lesão) e do autor (número de envolvidos e sexo). A completitude foi classificada como excelente (100%), regular (70-99%) e ruim (<70%) para variáveis obrigatórias e excelente (≥90%), regular (70%-89%) e ruim (<70%) para as essenciais.

A representatividade do sistema foi avaliada com base nas características sociodemográficas das notificações.

O estudo usou dados públicos e não necessitou de submissão ao Comitê de Ética [4].

RESULTADOS

Entre 2013 e 2022, foram notificados 1.101 casos de violência contra mulheres transexuais e travestis na Bahia, com aumento gradual ao longo dos anos. A análise da completitude das variáveis obrigatórias (idade da vítima, local de ocorrência, número de envolvidos e sexo do agressor) revelou percentuais de preenchimento variados, com resultados entre regular (70-99%) e excelente (100%). As variáveis essenciais (escolaridade, raça e natureza da lesão) apresentaram boa completitude, com escolaridade e raça preenchidas acima de 90%, enquanto a variável “natureza da lesão” foi preenchida de forma inadequada (aproximadamente 0,5%).

Quanto ao campo “ignorado”, as variáveis local de ocorrência, sexo do agressor e natureza da lesão apresentaram excelentes resultados (<10% ignorados), enquanto as variáveis raça e número de envolvidos mostraram resultados regulares (10%-30%), e escolaridade foi considerada ruim, com mais de 30% dos dados ignorados.

Analisando a representatividade, a faixa etária mais afetada foi entre 20 e 24 anos (17,3%), seguida de 15 a 19 anos (15,9%). Em relação à escolaridade, 40,9% dos casos tiveram dados ignorados. No que tange à autodeclaração de cor/raça, 55,5% das vítimas se declararam pardas. Quanto ao local de violência, 53,9% ocorreram em residências e 25,1% em vias públicas. A natureza da lesão foi, em sua maioria, entorse/luxação (0,2%). A maioria dos agressores era do sexo masculino (66,8%) e agiu sozinho (61,2%).

Apesar do aumento gradual nas notificações, as lacunas nos dados ainda comprometem a representatividade epidemiológica. Além disso, o acesso à saúde por mulheres transexuais e travestis

enfrenta desafios, como a estigmatização e a falta de capacitação dos profissionais, o que pode resultar em negligência e abusos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se, portanto, que há incompletude de variáveis importantes no SINAN. Paralelo a isso, nota-se que a notificação de violência interpessoal vai além do registro de informações: ela é uma etapa essencial na linha de cuidado, permitindo dar visibilidade ao problema e fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas eficazes na prevenção da violência. Trata-se do primeiro passo para sua superação e para quebrar o ciclo de perpetuação da violência contra travestis e transexuais.

Dada a extrema importância, é necessária uma abordagem ampla, que englobe melhorias tecnológicas e capacitação profissional, para garantir a qualidade dos dados disponíveis no SINAN.

REFERÊNCIAS

- (1) Souza M, Prado MO. Violências, mulheres travestis, mulheres trans: problematizando binarismos, hierarquias e naturalizações. *Rev Polis Psique*. 2019;9(2):45–66. doi: 10.22456/2238-152X.83831
- (2) Jesus JG. Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Goiás: Universidade Federal de Goiás; 2012 disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/ORIENTAÇÕES_POPULAÇÃO_TRANS.pdf?133406
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>
- (4) 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*. 2016 abr 24;Seção 1:44-6. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA COMUNITÁRIA DA HANSENÍASE NO PERÍODO DE 2019 A 2022 NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Stela Cristina de Lima Nogueira¹

Karen Gabrielle Ramos dos Santos

Gilberto Antônio Reis

Sara Cristina Zam

Sofia Vilas Boas Marinho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica infecciosa granulomatosa da pele e do sistema nervoso periférico, que tem persistido na humanidade desde tempos passados, afetando nervos periféricos, olhos, pele e mucosas do trato respiratório superior. Ela é causada pelo *Mycobacterium leprae*, um microrganismo intracelular obrigatório, apresenta elevada infectividade e baixa patogenicidade (1). Na OMS, a hanseníase é considerada um problema grave de saúde pública sendo associada à pobreza, condições precárias de moradia, alimentação, além de cuidados com saúde e educação (2).

O diagnóstico é clínico e epidemiológico, com a anamnese e o exame dermatoneurológico e neurológico para detectar as lesões e para avaliar nervos periféricos (2). A OMS diferencia os doentes em dois grupos, os paucibacilares e os multibacilares. No Brasil, também se utiliza a classificação de Madri (1953): indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB).

O Estado de Minas Gerais permanece endêmico para a doença. Diante do exposto, a presente pesquisa objetiva avaliar os casos prováveis, a partir dos casos notificados de hanseníase no período de 2019 a 2022 no estado de Minas Gerais através dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde / DATASUS.

OBJETIVO

Estudo epidemiológico para avaliar a prevalência da hanseníase em Minas Gerais, Brasil por meio dos dados registrados no SINAN/DATASUS.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, de caráter descritivo por meio de dados epidemiológicos, de acesso público, via Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que está vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O DATASUS disponibiliza informações que auxiliam em análises de situações sanitárias, tomadas de decisão e elaboração de programas e ações de saúde através do TABNET (3).

1

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: scnogueira@sga.pucminas.br

A coleta feita por meio do acesso ao banco de dados do SINAN/DATASUS/ com utilização da ferramenta TABNET, através do “tópico” de informações “Epidemiológicas e Morbidade”, em que foi selecionado “Casos de hanseníase desde 2001 (SINAN) em diante”. Os dados utilizados foram referentes ao período de 2019 a 2022 e as variáveis analisadas foram: anos, sexo, faixa etária, número de lesões e forma clínica de notificação. Utilizado o programa Python, ferramenta de tabulação e análise estatística dos dados, os quais foram distribuídos em gráficos que permitiram melhor compreensão e visualização das informações.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de dados secundários não nominais e de informações públicas, o que dispensou a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No período do estudo, foram contabilizados 5.115 casos de hanseníase no estado de Minas Gerais. De acordo com o SINAN/ DATASUS, os casos prováveis também foram inclusos todas as notificações, excluindo casos descartados.

Os casos de hanseníase por sexo de 2019 a 2023 houve predomínio de homens nos anos analisados. Em 2019 foram 892 (17,44%) homens e 594 (11,61%) mulheres, já em 2020 foram, 598 (11,69%) homens e 427 (8,35%) mulheres. No ano de 2021, foram 663 (12,96%) homens e 527 (10,30%) mulheres e no ano de 2022 foram 745 (14,56%) homens e 594 (11,61%) mulheres.

No que tange à variável faixa etária, a hanseníase pode afetar indivíduos de qualquer idade, as pessoas mais acometidas pela hanseníase tinham entre 40 e 69 anos. Em 2019 foram 913 casos nos indivíduos de 40 a 69 anos, ou seja, 61,52%, em 2020 foram 614 casos, totalizando 59,96%, em 2021 foram 683 casos (57,58%) e 2022 contou com 757 casos (58,54%).

Além disso, os casos de lesões registradas decorrentes da hanseníase no estado de Minas Gerais nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, respectivamente, 10.912, 7.890, 11.644 e 13.165 casos de lesões de hanseníase. Dessa forma, nota-se uma queda de lesões cutâneas registradas no período de 2019 em comparação ao de 2020, o qual marca o início do aumento progressivo de registros de lesões no intervalo de tempo de 2019 a 2022. A relação entre a forma clínica notificada segundo ano diagnóstico no estado de Minas Gerais dos anos de 2019 a 2022. É notória a discrepância dos números que foram levantados da forma clínica dimorfa em relação aos outros tipos de hanseníase. Em 2019, houve 652 (43,9%) casos notificados do tipo dimorfa, em 2020 foram 430 (41,9%), já em 2021 houve 544 (45,8%) e em 2022 foram notificados 648 (50,1%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A hanseníase é uma preocupação de saúde pública em muitos países emergentes. No Brasil há o acesso gratuito ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, os números de casos continuam alarmantes, especialmente entre homens, faixa etária de 40 a 69 anos e com uma forma clínica dimorfa predominante.

Em 2022, o registro de 13.165 casos de lesões evidenciou a gravidade das negligências em saúde pública, uma vez que tais lesões geralmente ocorrem em estágios avançados da doença. Nesse contexto, é imperativo realizar inspeções corporais ambulatoriais com um enfoque clínico diferenciado, identificando sinais como perda de sensibilidade na pele e lesões cutâneas.

Percebe-se que é essencial a produção de estudos epidemiológicos no estado de Minas Gerais sobre a hanseníase para verificar os fatores que promovem a continuidade da doença. Além disso, é preciso auxiliar os gestores e profissionais de saúde no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças, no caso da hanseníase.

REFERÊNCIAS

- (1) Veloso D, Oliveira L, Fernandes L, Lima K. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase: uma revisão integrativa [Internet]. Rev Eletr Acervo Saúde. 2018 [citado 2024 jun 1]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27219>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Hanseníase 2021 [Internet]. Bahia: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2024 mai 29]. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletimHanseniasseGeral_No_01_janeiro2023.pdf
- (3) Damasceno PR, Lima DJA, Souza PC, Almeida AS, Barbosa JF. Perfil clínicoepidemiológico de pessoas com hanseníase no estado do Pará entre os anos de 2017-2021 [Internet]. Salvador: Enferm Contemp; 2023 [citado 2024 mai 30];12:e4905. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/4905/4901>

BARREIRAS NO ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): UMA ANÁLISE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM DA UERJ

Gustavo Souto Torquato¹

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Eliane Oliveira de Andrade Paquiela

Ana Clara Rodrigues de Oliveira

Alexia Garcia de Carvalho

Tiago Braga do Espirito Santo

Gabriele Marques

Letícia Ferreira de Souza

Mayara Pires da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formalizada com a Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 é um componente do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por articular serviços de saúde mental de forma integrada e comunitária¹. Contudo, há uma distância entre o preconizado na referida Portaria e o que se evidencia na prática². A fragmentação e a desatualização das informações sobre seus dispositivos configuram barreiras significativas ao acesso, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde³. Essa carência informacional desestimula a busca pelo atendimento adequado, potencializando a exclusão de indivíduos em situação de vulnerabilidade. É importante reforçar a necessidade de integrar as plataformas digitais e centralizar os dados, promovendo transparência e facilitando o acesso democrático aos serviços da saúde³. Assim, aprimorar os mecanismos de divulgação e capacitar os profissionais para orientar a população de forma eficaz e inclusiva é imperativo para superar as barreiras existentes.

OBJETIVO

Analisar as barreiras no acesso à informação sobre a RAPS no Rio de Janeiro, a partir da perspectiva de estudantes de graduação em enfermagem da UERJ.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de relato de experiência realizado com uma turma de alunos do sétimo período de uma universidade pública do Rio de Janeiro. Para a obtenção dos dados deste estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa-descritiva, fundamentada na análise das respostas de provas aplicadas aos alunos. Foram selecionadas 17 avaliações de uma turma do sétimo período de enfermagem que estava,

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: gugast105@gmail.com

à ocasião, estudando o conteúdo programático sobre RAPS. Os dados foram coletados por meio da análise das respostas das provas escritas aplicadas durante o semestre. As provas, previamente elaboradas pelos professores, contemplavam questões que induziram os alunos a procurarem pela internet ou por outros meios a sua própria rede de cuidados territoriais e de moradia. As respostas foram analisadas em planilha no word sendo separadas por cidade, área programática ou distrito sanitário e bairro. Além disso, foi levado em consideração dificuldades e facilidades durante a pesquisa, como obtiveram as informações sobre a RAPS e as percepções gerais sobre a busca.

RESULTADOS

No contexto da experiência docente, relatos apontaram para informações insuficientes sobre a RAPS em portais oficiais, redes sociais e outras fontes digitais, o que compromete a clareza na divulgação dos serviços, dificultando a localização e a continuidade do cuidado em saúde mental obtido a partir da experiência dos alunos. Dos 17 alunos, 12 eram do município do Rio de Janeiro, 2 de Niterói, 1 de Maricá, 1 de São Gonçalo e 1 de Belford Roxo. Os relatos dos alunos evidenciaram que as barreiras no acesso à informação sobre a RAPS de suas moradias se manifestaram de formas distintas conforme a localidade e a área programática (AP) em que atuam. No Rio de Janeiro, onde predominam respostas de alunos identificados como AP 1.0, 3.2 e 3.3, a dispersão de informações por meios oficiais foi notória, levando aos alunos a buscarem informações por meio de redes sociais e contatos informais, dificultando a localização rápida dos serviços e gerando uma sensação de certa fragmentação da rede. No decorrer da pesquisa, algumas informações foram coletadas através de sites oficiais e usando o Google Maps. Porém, uma parte das informações foi adquirida através de sites informais, publicações nas redes sociais, contato com profissionais e residentes de cada AP. Essa ausência de uma fonte unificada de dados evidenciada nas pesquisas, pode criar insegurança e certa desmotivação quando a busca for feita por usuários, sobretudo, em situações de urgência, quando o acesso ágil é crucial para o encaminhamento adequado do caso. Ademais, a experiência revelou a falta de atualização das informações: “ainda que exista o telefone de algumas unidades, eles não funcionam”. Em contraste, em cidades como Niterói e Maricá, embora existam iniciativas de divulgação por meio de portais oficiais ou redes de apoio local, a inconsistência na atualização e a falta de padronização dos canais de comunicação permanecem como desafios significativos. De um modo geral, os resultados mostram que o acesso às informações varia entre municípios e até dentro de uma mesma cidade. Em algumas localidades, os dados são mais acessíveis, enquanto em outras há carência de informações centralizadas. Mesmo quando disponíveis, muitas vezes estão desatualizados, gerando desconfiança e desinteresse.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As dificuldades no acesso à informação sobre a RAPS vivenciadas pelos alunos ao buscarem a sua rede de cuidados territoriais representam um obstáculo significativo para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado produzido em saúde mental. A dispersão e a desatualização dos dados

dificultam a identificação dos serviços disponíveis. Assim, é essencial integrar plataformas digitais e padronizar a divulgação dos serviços da RAPS, além de manter os dados constantemente atualizados, garantindo acessibilidade e atualização constante. Isso fortalece a rede de atendimento e assegura que a população possa exercer plenamente seu direito à saúde mental³.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>
- (2) Sousa TV, Teixeira MJSS, Paiva V, Moraes Filho IM, Silva RE, Paz MG da, Lima M da G. Barreiras para regionalização e o matriciamento no cuidado em saúde mental. REAS. 2024;24(8):e17314. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17314>.
- (3) Keesara S et al. Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. New Eng J Med. 2020;382(23). Disponível em: www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005835, <https://doi.org/10.1056/nejmp2005835>.

BASTIDORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: A INVISIBILIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A RELEVÂNCIA DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NO TERRITÓRIO

Carlos Eduardo Zanco Souza¹

Daniela Lacerda Santos

Maria Eduarda Martinez Gerhard

Isabella Di Napoli da Rocha

Juliana Stockler Barreiros

Luana Pelosi Ramos

Maria Clara Gomes Romanini Alchaar

Rafaella de Macedo Calçado

Maria Fernanda Mello Magalhães

Maria Fernanda Curty Russi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, tivemos contato com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do território, conhecemos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e acompanhamos suas atividades diárias. Visitamos residências de usuários, observando como a qualidade de vida influencia o adoecimento e como o trabalho dos ACS é essencial, mas muitas vezes invisibilizado. Durante uma visita, um ACS relatou a presença de torres telefônicas próximas às moradias e sua preocupação com possíveis impactos na saúde da população. Demonstrando compromisso com a vigilância em saúde, buscou informações sobre doenças associadas à radiação dessas torres. Também conhecemos o Sistema e-SUS APS, ferramenta do Ministério da Saúde que organiza e disponibiliza informações para gestores federais, municipais e estaduais. O e-SUS inclui o Prontuário Eletrônico do SUS (PEC-SUS), permitindo o acompanhamento dos usuários. Na ESF, médicos e enfermeiros o preenchem durante consultas, enquanto os ACS registram dados sociodemográficos no Cadastro Individual, fortalecendo a vigilância epidemiológica. O PEC-SUS está em constante aprimoramento, enfrentando desafios como a capacitação profissional e a integração com outros sistemas, que muitas vezes resultam em retrabalho para as equipes de saúde.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo reconhecer o papel e importância do Agente Comunitário de Saúde na vigilância em saúde, incentivado pelas visitas promovidas por uma unidade curricular em um território coberto pela Estratégia de Saúde da Família. Além de relatar experiências enquanto acadêmicos de medicina, também busca descrever a importância do Prontuário Eletrônico como

1

Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: carlos.zanco@outlook.com.br

ferramenta de gestão e acompanhamento na APS e cotejar os dados coletados com a vigilância em saúde da equipe no território.

METODOLOGIA

Relato de experiência de alunos do curso de medicina em uma unidade curricular do campo de saúde coletiva, tendo como prática as vivências em uma Unidade de Saúde da Família. Também foram coletados dados secundários, que se deu através do Prontuário Eletrônico do Sistema Único de Saúde (PEC), recorrendo ao compilado do Cadastro Individual, que é preenchido pelos Agentes Comunitários de Saúde a respeito de suas respectivas microáreas. Os dados foram coletados e analisados em 02 de setembro de 2024, com as informações de janeiro a julho de 2024. Não foi possível coletar informações anteriores a janeiro de 2024. Apesar de ser um sistema de informação público, somente os profissionais de saúde atuantes nas unidades de saúde, os profissionais em formação (estagiários), os profissionais responsáveis pelo setor de informação da Secretaria Municipal de Saúde SMS e gestores da SMS e da Atenção Primária (APS) do Município que têm acesso ao PEC. Este estudo foi possível através da parceria e o processo de curricularização da extensão (ensino, pesquisa e comunidade), onde os alunos obtiveram informações sobre os processos de saúde-doença e principalmente de vigilância em saúde no território.

RESULTADOS

Enfrentamos barreiras significativas de acessibilidade no território, sendo o transporte público uma das principais dificuldades. A baixa frequência de ônibus e a limitação das rotas exigiram longas caminhadas por terrenos acidentados, com ladeiras e escadas. Essa experiência nos fez refletir sobre os desafios enfrentados pelos moradores, especialmente aqueles com mobilidade reduzida, para acessar serviços de saúde e a cidade. Além disso, alguns moradores relataram a falta de iluminação na região e solicitaram nossa ajuda para resolver o problema. Essa situação evidencia a necessidade de melhorias na infraestrutura e no transporte público para garantir acessibilidade e segurança. Os dados analisados mostraram que, dos 26 casos de câncer registrados na área coberta pela equipe da ESF, 11 pertencem à microárea visitada, representando mais de 40% dos casos. Essa microárea possui duas torres de telefonia dentro da área urbana e, segundo a ACS responsável, concentra o maior número de casos e óbitos por câncer nos últimos anos. Esse dado reforça a importância da vigilância em saúde e da territorialização para identificar fatores de risco. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), a Atenção Básica deve atuar na promoção da saúde, prevenção e vigilância, com responsabilidade sanitária sobre o território. O documento também destaca o papel essencial do ACS na vigilância sociodemográfica, epidemiológica, ambiental e sanitária, monitorando fatores que podem contribuir para o adoecimento da população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Enfrentamos barreiras significativas de acessibilidade no território, sendo o transporte público uma das principais dificuldades. A baixa frequência de ônibus e a limitação das rotas exigiram longas caminhadas por terrenos acidentados, com ladeiras e escadas. Essa experiência nos fez refletir sobre os desafios enfrentados pelos moradores, especialmente aqueles com mobilidade reduzida, para acessar serviços de saúde e a cidade. Além disso, alguns moradores relataram a falta de iluminação na região e solicitaram nossa ajuda para resolver o problema. Essa situação evidencia a necessidade de melhorias na infraestrutura e no transporte público para garantir acessibilidade e segurança. Os dados analisados mostraram que, dos 26 casos de câncer registrados na área coberta pela equipe da ESF, 11 pertencem à microárea visitada, representando mais de 40% dos casos. Essa microárea possui duas torres de telefonia dentro da área urbana e, segundo a ACS responsável, concentra o maior número de casos e óbitos por câncer nos últimos anos. Esse dado reforça a importância da vigilância em saúde e da territorialização para identificar fatores de risco. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), a Atenção Básica deve atuar na promoção da saúde, prevenção e vigilância, com responsabilidade sanitária sobre o território. O documento também destaca o papel essencial do ACS na vigilância sociodemográfica, epidemiológica, ambiental e sanitária, monitorando fatores que podem contribuir para o adoecimento da população.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. [Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- (2) Saúde. Atenção Primária. Estratégia e-SUS Atenção Primária: em busca de um SUS eletrônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [citado 2025 fev 14]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>

CAMINHOS DO ADORMECER: COMO FUTUROS MÉDICOS PODEM MELHORAR SEU SONO

Barbara Gama Drable Silva Barbosa¹
Nina Lúcia Prates Nielebock de Souza
Anna Luiza Costa Sant'Anna,
Júlia Matos Quintanilha Barrozo,
Juliana Campos Machado
Reynaldo Yuji Souza Tanaka

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A rotina intensa do estudante de Medicina, marcada por longas jornadas acadêmicas, deslocamentos frequentes entre unidades hospitalares, extensas horas de estudo e atendimentos práticos, pode representar um grande desafio à sua própria saúde. A qualidade do sono, essencial para o bem-estar físico, a saúde mental, a consolidação da memória e, prioritariamente, para a qualidade do atendimento aos pacientes, frequentemente se vê comprometida ao longo da formação médica, sendo retirada de foco principal quando relacionada a evolução acadêmica.

Buscando compreender o impacto do sono na vida cotidiana e no desempenho acadêmico dos futuros médicos, a Oficina Caminhos do Adormecer, parte de um projeto de iniciação científica, foi realizada proporcionando um espaço de escuta e reflexão sobre como a sobrecarga diária influencia a rotina e a qualidade do sono dos estudantes de Medicina de primeiro e segundo anos.

OBJETIVO

O presente relato tem como objetivo avaliar as percepções e respostas de estudantes do primeiro e segundo ano do curso de Medicina que participaram de uma oficina interativa sobre técnicas para a melhoria da qualidade do sono.

METODOLOGIA

A Oficina “Caminhos do Adormecer” foi idealizada e conduzida por 5 acadêmicos, sob orientação de uma professora, com foco na investigação do impacto do sono na vida acadêmica e pessoal dos alunos de Medicina. O evento foi promovido em um encontro extracurricular dentro da faculdade e contou com a participação de estudantes dos 1^{os} anos do curso.

A oficina foi estruturada em 2 dinâmicas: 1 prática sensorial conduzida por uma profissional de Yoga e 1 exercício individual denominado “Mapa do Sono”. A dinâmica sensorial envolveu técnicas de respiração e alongamento voltadas ao relaxamento muscular e mental, orientando as posições e respirações necessárias para conseguir introduzir uma melhoria dentro de suas rotinas de sono. Já o

1 Faculdade de Medicina Souza Marques barbaragamadrable@gmail.com

Mapa do Sono, foi um instrumento de autoavaliação, no qual os participantes registraram informações sobre seus hábitos noturnos, horário de sono e despertar, atividades do dia a dia e possíveis obstáculos para uma boa noite de descanso.

Ao final da atividade, foi aplicado um questionário avaliativo, com perguntas voltadas para a reflexão sobre as mudanças percebidas na rotina de cada participante e possíveis estratégias para uma melhoria da qualidade do sono.

RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir do formulário digital respondido por oito participantes evidenciaram a relevância da temática abordada. Todos os estudantes relataram que o Mapa do Sono auxiliou na reflexão e organização de sua rotina, permitindo uma visão mais clara sobre seus hábitos noturnos e necessidades de mudança.

Antes da oficina, nenhum dos participantes utilizava técnicas de relaxamento, como respiração e alongamento, para facilitar o adormecer. No entanto, após a experiência, todos afirmaram ter incorporado pelo menos algumas dessas estratégias em sua rotina, além de demonstrarem interesse em compartilhá-las com outras pessoas.

O debate gerado na oficina Caminhos do Adormecer revelou uma dificuldade generalizada entre os estudantes recém-ingressos na universidade em alcançar um sono reparador. A sobrecarga acadêmica, o estado constante de alerta e a adaptação ao ritmo universitário (primordialmente para estudantes que acabam de adentrar a faculdade, ainda sem costume algum com a rotina colegial que começa) foram apontados como fatores primordiais para uma dificuldade no descanso adequado, evidenciando a necessidade de mais espaços de discussão sobre o tema, além de práticas para introduzir as mudanças de hábitos no adormecer.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise dos relatos dos participantes reforça a ideia de que, muitas vezes, os estudantes de Medicina negligenciam o impacto de seus hábitos na qualidade de seu sono. A cultura da constante vigilância, inerente à prática médica, parece se instaurar já nos primeiros anos da graduação, fazendo com que o descanso adequado seja frequentemente deixado em segundo plano, com foco maior também nas práticas necessárias dentro do desenvolvimento acadêmico: horas significativas de estudos, provas constantes, desequilíbrio em seus horários.

A Oficina Caminhos do Adormecer permitiu que os participantes refletissem sobre sua relação com o sono e experimentassem estratégias para aprimorar sua qualidade. A iniciativa mostrou-se relevante ao despertar a consciência sobre a importância do descanso no processo formativo dos futuros médicos, destacando a necessidade de integrar esse tema em discussões mais amplas dentro da educação médica.

REFERÊNCIAS

- (1) Zheng NS et al. Sleep patterns and risk of chronic disease as measured by long-term monitoring with commercial wearable devices in the All of Us Research Program. Nat Med. 2024 Sep;30(9):2648-2656. doi: 10.1038/s41591-024-03155-8.

CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cláudia Reis Miliauskas¹

Henrique Larangeira Guimarães

Clarice Cezar Cabral,

Eliane Oliveira de Andrada Paquiela,

Daniela Albrecht Marques Coelho,

Maria Alejandra Guerrero Gavilanes,

Claudia Carneiro da Cunha,

Kali Vênus Gracie Alves,

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O A saúde mental é uma preocupação global crescente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que quase 1 bilhão de pessoas viviam com algum sofrimento psíquico em 2019. Os universitários são um grupo especialmente vulnerável, com cerca de 35% apresentando ansiedade ou depressão—um problema que se agravou significativamente após a pandemia de COVID-19¹. Fatores como desigualdade social, discriminação, experiências de violência e falta de apoio social, emocional e institucional contribuem para o sofrimento psíquico desses indivíduos^{1,2}. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) tem investido em políticas de acolhimento para enfrentar esse problema. Em 2024, o Conselho Universitário da UERJ aprovou a criação do Comitê da Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, com o objetivo de construir uma política participativa, inclusiva e contextualizada, baseada em evidências científicas que visem reduzir o sofrimento da comunidade universitária. Considerando ser escassa a literatura referente à prevalência de sofrimento psíquico, determinantes sociais e fatores de risco e de exposição nessa população, faz necessária a elaboração de estudo diagnóstico atualizado que subsidie a elaboração de políticas e estratégias efetivas de promoção da saúde mental no ambiente universitário.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever o processo de construção da política de saúde mental e atenção psicossocial da UERJ, considerando o diagnóstico da situação de saúde mental dos estudantes da Universidade.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: claudiarmili@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de relato de experiência sobre o processo de construção da política de saúde mental e atenção psicossocial da UERJ, considerando o diagnóstico do fluxo de acolhimentos às situações de saúde mental da comunidade universitária entre 2024 e 2025. A abordagem utilizada foi qualitativa-descritiva, fundamentada em uma análise retrospectiva.

RESULTADOS

O processo de criação do Comitê de Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial tem como objetivos: Construir uma política de saúde mental participativa, inclusiva e contextualizada; Promover a articulação entre diferentes setores e departamentos da universidade; Desenvolver estratégias de promoção, apoio e cuidado em saúde mental; Fortalecer a rede de apoio e cuidado em saúde mental na UERJ a partir da vinculação com a Rede de Atenção Psicossocial da cidade. O processo envolveu várias etapas. Em 2023, foi constituída uma Comissão de Saúde Mental que elaborou relatórios sobre a necessidade de construção de uma política de acolhimento às situações de sofrimento psíquico institucional. Com base nesses dados, a proposta foi ampliada a partir da Resolução de 09 de dezembro de 2024, com a reorganização das instâncias de trabalho em Comitê Permanente, Comissão Executiva e Conselho Consultivo. O Comitê é composto por oito pessoas com expertise em saúde mental, e a Comissão Executiva será composta por representações dos serviços internos, estudantes, servidores de diversas áreas e unidades da UERJ. O Conselho consultivo com pessoas que possam examinar e contribuir com a análise crítica sobre o processo de implementação e consolidação da Política. Além disso, será realizado um inquérito com todos os estudantes matriculados nos cursos de graduação da UERJ (cerca de 27.305 estudantes) para coletar dados sobre a saúde mental e fatores de risco. As variáveis de desfecho—Depressão, TAG e TEPT—serão avaliadas pelo PHQ-9 e GAD-7. A depressão será definida por um score ≥ 10 e a presença de TAG por escore ≥ 8 . Para o rastreamento do TEPT serão usadas perguntas diagnósticas do H-TEPT do MINI^{3,4}.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Comitê da Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UERJ é um espaço multidisciplinar que visa construir uma política de saúde mental participativa e alinhada com a Rede de Atenção Psicossocial da cidade, reconhecendo a complexidade e diversidade das expressões de sofrimento psíquico no ambiente universitário por meio de pesquisas científicas.

REFERÊNCIAS

- (1) Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Bedirhan Üstün T. The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Disponível em: www.hcp.med.harvard.edu/wmh
- (2) Chi T, Cheng L, Zhang Z. Global prevalence and trend of anxiety among graduate students: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav.* 2023 Apr 1;13(4).

- (3) Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, de Almeida LSP, da Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saude Publica [Internet]. 2013;29(8):1533–43.
- (4) Luiz Moreno A et al. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. 24:367–76.

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO TERRITÓRIO

Cleide Maria de Oliveira Scarpelli¹

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A prevenção da violência na Atenção Primária é uma estratégia essencial para a promoção da saúde, com impactos positivos na redução de danos físicos, mentais, produtivos e reprodutivos das mulheres e constitui problema de saúde pública(1).

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel fundamental no acolhimento e encaminhamento das mulheres em situação de violência.

Este estudo surgiu da necessidade de desenvolver um projeto de intervenção em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Contagem, Minas Gerais, com o objetivo de compreender as dificuldades enfrentadas pelos ACS, além de identificar suas potencialidades e fragilidades no enfrentamento da violência contra as mulheres.

OBJETIVO

Capacitar ACS para o enfrentamento da violência contra as mulheres, articulando o impacto das violências no processo saúde-doença e na organização da Rede de Enfrentamento do município. (1) Oferecer capacitação sobre violência contra mulheres para ACS; (2) avaliar o impacto da capacitação na atuação dos ACS; (3) Desenvolver materiais de apoio para a abordagem da violência no território; e (4) fortalecer a rede de enfrentamento do município.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, estruturado a partir da elaboração, aplicação e avaliação de um curso de capacitação para ACS de três equipes em duas UBS de Contagem, MG. Foram oferecidos dois cursos para três equipes, a saber; 1,2 e 3: um com carga horária de 12 horas para a E1 outro de 4 horas para a E3. Além disso, a E2, sem capacitação, foi avaliada para fins de comparação. Os conteúdos abordaram temas como machismo estrutural, impacto da violência na saúde das mulheres e identificação de casos no território para encaminhamento e discussão em equipe multiprofissional. O projeto foi desenvolvido em seis etapas

1. Planejamento dos cursos de capacitação sobre violência contra mulheres; 2. Aplicação de questionários para avaliação do conhecimento prévio e pós-capacitação; 3. Aplicação para enfermeiros

1 Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: cleide.o.scarpelli@gmail.com

supervisores dos ACS; 4. Produção de uma coletânea temática sobre violência de gênero; 5. Criação do Atenciômetro, ferramenta para monitoramento da violência; 6. Realização do encontro “Café com a Rede”, para apresentação da Rede de Enfrentamento do município aos ACS.

RESULTADOS

A capacitação teve impacto significativo na prática dos ACS. O curso de 12 horas demonstrou melhores resultados na compreensão e encaminhamento de casos, enquanto o curso de 4 horas teve efeito menor. No equipe sem capacitação, foram identificadas fragilidades no reconhecimento da violência e na busca por suporte da rede de enfrentamento.

Os produtos gerados pelo projeto foram: Coletânea Temática: compilação de textos sobre violência de gênero, organizados pelas autoras; o Atenciômetro: ferramenta de monitoramento dos cinco tipos de violência previstos no Artigo 7º da Lei Maria da Penha(2).—Café com a Rede: encontro para fortalecimento da articulação entre ACS e serviços da rede de enfrentamento à violência.

Os dados indicam que a capacitação contínua dos ACS contribui significativamente para a melhoria da assistência às mulheres em situação de violência. O Atenciômetro mostrou-se uma ferramenta eficaz para facilitar a compreensão da violência como um fenômeno progressivo, permitindo aos ACS monitorar e registrar casos de violência de maneira sistemática.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Capacitar os ACS para a identificação e encaminhamento adequado dos casos de violência contra as mulheres é fundamental para fortalecer a Atenção Primária. A carga horária de 12 horas mostrou-se mais eficaz para garantir uma formação aprofundada, demonstrando que ações de baixo custo podem gerar impactos relevantes.

A ampliação da capacitação para toda a equipe de saúde e o fortalecimento da rede intersetorial são medidas essenciais para a promoção da saúde e prevenção da violência nos territórios. Recomenda-se que os gestores invistam em programas de capacitação permanentes, integrados às diretrizes da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana Da Saúde; Organização Mundial Da Saúde. Violência contra as mulheres, 2005. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women#:~:text=As%20estimativas%20mais%20precisas%20sobre%20a%20preval%C3%Aancia>.
- (2) Brasil. Lei no 11340/06, Lei Maria da Penha. Brasília, DF: Presidência da República; 2006. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm.

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS E ÓBITOS POR COVID-19 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SOB O ENFOQUE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL

Felippe Cezário¹

Reinaldo Souza dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Entender quais são os fatores de risco que influenciam a transmissão e severidade da covid-19 é importante para identificar populações mais expostas à infecção e ao óbito pela doença. Fatores individuais (sexo, idade e cor) são reconhecidos como uma das dimensões dos determinantes que impactam no comportamento da Covid-19, contudo, não é possível analisar tal influência limitando o enfoque ao nível individual, já que o processo saúde doença é atravessado por determinantes sociais.

A pandemia de Covid-19 reforçou os contrastes no acesso à saúde já existentes. Os determinantes sociais, para além dos fatores individuais como faixa etária e sexo, acentuam o risco de transmissão e gravidade de doenças infecciosas como já foi observado em outras doenças veiculadas pelo ar: SARS, H1N1 e gripe espanhola [1]. A posição social que um indivíduo ocupa na sociedade está relacionada às exposições aos fatores protetivos ou de risco, sendo delimitado o grau de vulnerabilidade social segundo tal posição [2].

Nesse sentido, busca-se entender como as variáveis de raça/cor, faixa etária e sexo influenciam as taxas de incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19, sabendo que o quesito racial comumente é utilizado como gradiente de exposição a agravos de saúde ou vulnerabilidade social, especialmente sob o enfoque da determinação social [3].

OBJETIVO

Descrição da população do estudo segundo sexo, faixa etária, raça/cor e evolução clínica.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada é um estudo descritivo transversal utilizando dados populacionais secundários e de acesso público. A população do estudo são os residentes do município do Rio de Janeiro, os casos e os óbitos confirmados desses residentes, no período de 30 de março de 2020 a 19 de janeiro de 2021. O período em questão corresponde ao primeiro óbito por covid-19 notificado e o início da campanha vacinal contra a doença na cidade do Rio de Janeiro.

As informações sobre a população, os casos e os óbitos por Covid-19 como raça/cor, faixa etária e sexo foram coletadas por meio do Instituto Pereira Passos, da prefeitura do Rio de Janeiro, disponível publicamente em: <<https://www.data.rio/>>.

A descrição da população do estudo segundo sexo, faixa etária, raça/cor e evolução clínica bem como o cálculo das taxas de incidência, mortalidade, letalidade e de alta segundo raça/cor e faixa etária foram realizados no software estatístico RStudio 4.1.2.

RESULTADOS

Dentre os casos notificados por Covid-19, na cidade do Rio de Janeiro no período do estudo, podemos observar maior número de casos do sexo feminino (53,59%). No entanto, a maioria dos óbitos (54,4%) e dos casos ativos no momento (54,3%) correspondem a pessoas do sexo masculino, enquanto as mulheres ocupam maior parcela entre os recuperados (54,6%). Ao todo, esta pesquisa contou com um total de 197.016 casos notificados por Covid-19 no período do estudo, destes 5.536 (2,81%) eram casos ativos no momento da coleta, 17.214 (8,74%) são óbitos e 174.236 (88,44%) foram recuperados da doença.

Quanto a variável faixa etária, observamos o aumento dos casos e óbitos em proporcionalidade com o avanço da idade, tendo a faixa etária ≥ 70 com 30,3 % e 56,6% do total de casos e óbitos, respectivamente. Em relação à população que teve alta, o avançar da idade se mostra inversamente proporcional a partir da faixa etária dos 20 a 29 anos.

A análise das taxas de incidência, de mortalidade e de letalidade evidencia aumento na ocorrência de casos e óbitos por covid-19 de forma progressiva conforme o aumento das faixas etárias das populações branca e negra. Em paralelo, há diminuição da taxa de alta de forma proporcional ao aumento da faixa etária.

Devemos considerar o expressivo número de ignorados na variável raça/cor (28,60%) ao analisarmos o comportamento das taxas de incidência, mortalidade, letalidade e de recuperados na população.

Na comparação das taxas entre os grupos de raça/cor, embora a população branca apresente as maiores taxas de incidência em todas as faixas etárias, a população negra apresenta as maiores taxas de mortalidade em todas as faixas etárias e as maiores taxas de letalidade na população de 0 a 59 anos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As expressivas taxas de incidência por Covid-19 da população negra em todas as faixas etárias podem estar relacionadas às condições de trabalho as quais esta população é exposta. A exemplo, pode-se citar as frágeis relações e postos informais de trabalho ocupados, em sua maioria, pela população negra, desencadeando em maiores dificuldades de realizar distanciamento social. Outros fatores que podem contribuir com a maior transmissão da doença na população negra são as piores condições de habitação e maior número de pessoas por domicílio, o que impede o isolamento social. Já as maiores taxas de mortalidade e letalidade na população negra em comparação à população branca podem ser explicadas pelo menor acesso à saúde desta população em comparação a população branca, já que a

renda de famílias brancas é 73,9% superior a renda de famílias negras o que implica diretamente no acesso a recursos fundamentais como a saúde [4] [5].

REFERÊNCIAS

- [1] Carvalho L, Xavier L, Pires LN. Covid-19 e desigualdade no Brasil. ResearchGate, 2020. Disponível em: <https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>
- [2] Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- [3] Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. Physis 2012.
- [4] Santos MPAD *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados. 2020.
- [5] Fernanda M, Nicoleti W, Pio C, Rende VF, Vilges S, Raimondi GA. Inequity in access to health and racism in: epidemiological analysis during the COVID-19 pandemic. Journal Health NPEPS. 2021.

CARACTERIZAÇÃO DOS DOMICÍLIOS EM INSEGURANÇA ALIMENTAR CHEFIADOS POR MULHERES COM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Giovana Oliveira Rodrigues da Costa¹

Luana Teixeira Ghiggino

Letícia Ramos da Silva

Rosana Salles-Costa

Aline Alves Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar (IA) é um fenômeno marcado por desigualdades sociais que afetam as famílias brasileiras, incluindo aquelas chefiadas por mulheres e com a presença de crianças. Em 2018, 73,6% dos lares chefiados por mulheres negras, sem cônjuges com crianças menores de 5 anos estavam em situação de IA [1]. Nesse sentido, esses arranjos domiciliares apresentam maior vulnerabilidade socioeconômica, sendo mais suscetíveis à pobreza, ao desemprego e à sobrecarga de trabalho não remunerado, comprometendo a segurança alimentar e nutricional [2]. Entre 2004 e 2022, houve aumento da IA nesses lares, impulsionados por períodos de crise econômica (2014-2018) e durante a pandemia da COVID-19 (2020-2021). Esses fatores evidenciam maior impacto estrutural da desigualdade de gênero na alimentação e nutrição dessas famílias [3]. Em paralelo, análises revelam que mulheres chefes de família costumam acumular múltiplas funções, como o trabalho remunerado e cuidados domésticos, o que limita sua autonomia econômica e dificulta o acesso regular e suficiente aos alimentos [2]. Ademais, a presença de crianças pequenas intensifica essa vulnerabilidade, pela demanda de tempo e cuidados, afetando a estabilidade financeira [1]. Assim, torna-se importante realizar uma análise da caracterização dos domicílios em IA chefiados por mulheres com crianças menores de 5 anos, especialmente em cidades de grande desigualdades sociais como o Rio de Janeiro.

OBJETIVO

Descrever a caracterização dos domicílios em IA chefiados por mulheres que possuem crianças com idade inferior a 5 anos no município do Rio de Janeiro (MRJ).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com dados do I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no MRJ, realizado entre dezembro de 2023 e fevereiro de 2024 [4]. Para esse estudo, foram considerados dados dos chefes de família do sexo feminino com idade entre 20 a 59 anos, e que tinham a presença de crianças menores de 5 anos (n=1.005). A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar foi utilizada

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro; Instituto Josué de Castro. E-mail: oliveira.giovana119@gmail.com

para classificar a situação dos domicílios em segurança alimentar e níveis de severidade de IA (leve, moderada ou grave). Para esse estudo, foi realizado o agrupamento em segurança alimentar/IA leve, e IA moderada/grave. As análises incluíram informações da chefia do domicílio sobre escolaridade (≤ 4 , 5–8, ≥ 9 anos de estudo), renda familiar per capita em múltiplos de salário mínimo (SM) (até $\frac{1}{4}$ SM, entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ SM, entre $\frac{1}{2}$ e 1 SM, 1 a 2 SM e ≥ 2 SM, com base no salário mínimo vigente de R\$1.302,00 em maio de 2023); áreas de planejamento (AP) do MRJ (AP1, AP2, AP3, AP4, AP5); e beneficiário do Programa de Bolsa Família (Sim/Não). Realizaram-se as prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%), considerando os respectivos pesos amostrais. O comando 'svy' do software STATA versão 16 foi usado para explicar o desenho amostral complexo. Os dados foram disponibilizados pela organização do Inquérito (GISAN/UFRJ) e aprovado em comitê de ética.

RESULTADOS

As famílias chefiadas por mulheres que tinham a presença de crianças menores de 5 anos no MRJ apresentaram 20,4% (IC95% 17,4-23,8) de IA leve (IAL) e 16,8% (IC95% 14,0-20,1) de IA moderada/grave (IAMG). Famílias de chefiadas de raça/cor da pele preta (36,9%; IC95% 20,1-57,6) e parda (38,6%; IC95% 25,7-53,0) apresentaram maiores índices de IAMG quando comparadas com as chefiadas por mulheres brancas (14,6%; IC95% 4,4-38,9). Além disso, domicílios que a chefia possuía de 5 a 8 anos de estudo obtiveram maiores níveis de IAMG (37,6%; IC95% 24,0-53,5) do que as com 9 a 11 anos de estudo (27,7%; IC95% 14,1-47,2). As chefiadas que faziam parte do programa bolsa família também apresentaram maiores condições de IAL (30%; IC95% 19,1-43,7) e IAMG (39,3%; IC95% 27,2-52,9). Ademais, os dados revelaram que os domicílios chefiados por mulheres com crianças até 5 anos que detinham de até $\frac{1}{4}$ SM, tinham maiores prevalências de IAMG (59,5% IC95% 39,4-76,9) do que aqueles de $\frac{1}{2}$ a 1 SM (17,8%; IC95% 5,5-44,4). Na AP1, que detém a parte central da cidade, incluindo bairros como Centro, Caju, São cristóvão e Benfica e AP3, composta por bairros como Olaria, Ramos e Penha apresentaram maiores índices de IAL (37,1%; IC95% 22,8-54,2) e (27,4%; IC95% 14,2-46,2), respectivamente, assim como IAMG com 31,4% (IC95% 18,2-48,6) e 46,4% (IC 95% 29,5-64,2), respectivamente, quando comparados a AP4, que acopla bairros como a Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Joá com apenas 13,7% (IC95% 4,4-35,3) e 13,5% (IC95% 4,4-34,9) de IAL e IAMG, respectivamente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados deste estudo evidenciam a relação entre desigualdades sociais, econômicas e territoriais e a IA em domicílios chefiados por mulheres com crianças menores de 5 anos no Rio de Janeiro. Mulheres negras, com baixa escolaridade, baixa renda per capita e beneficiários do PBF apresentaram maior prevalência de IAL e IAMG, indicando desigualdades sociais sobrepostas. Além disso, domicílios em áreas mais vulneráveis (AP1 e AP3) obtiveram níveis de IA mais altos do que regiões como a AP4, destacando as diferenças sociodemográficas no acesso à alimentação e nutrição adequada. Tais questões ressaltam a importância de políticas públicas intersetoriais que promovam

a equidade social, garantam direitos, apoiem a infância e assegurem a autonomia econômica das mulheres. Investimentos públicos que combinem renda, educação, proteção social e segurança alimentar e nutricional são cruciais para quebrar esse ciclo de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Santos LMP, Oliveira MF, Ribeiro-Silva RC, Rasella D, Santana LL, Cunha AP. Gender, skin color, and household composition explain inequities in household food insecurity in Brazil. PLOS Glob Public Health. 2023;3(10):e0002324. doi:10.1371/journal.pgph.0002324.
- [2] Silva SO, Santos SMC, Gama CM, Coutinho GR, Santos MEP, Silva NJ. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. Cad Saúde Pública. 2022;38(7):e00255621.
- [3] Silva FM, Garnelo L, Benício MHDA, Conde WL. Food insecurity in Brazil by household arrangements and characteristics between 2004 and 2022. Cad Saude Publica. 2023;39(Suppl 1):e00216622.
- [4] Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Frente Parlamentar contra a Fome e Miséria no Município do Rio de Janeiro. I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: INJC/UFRJ; 2024.

CENSO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E AS OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA RAPS/RJ

Letícia Silva de Abreu¹
Matheus Moreira Soares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Censo Psicossocial dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro é construído pelo Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, vinculado ao Departamento de Métodos e Técnicas da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), financiado pela CNPQ e CAPES. E consiste na viabilização do imbricamento entre as relações de gênero, raça, classe e sexualidade [1] com a área da saúde mental, a partir do levantamento e sistematização de dados em oficinas de sensibilização com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro (RAPS/RJ).

A Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade do Estado do Rio de Janeiro organiza ações e processos de trabalho viabilizando suporte às nove regiões de saúde, são elas: Metropolitana I, Metropolitana II, Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Centro Sul, Serrana, Baixada Litorânea, Norte e Noroeste. Sendo assim, o Censo Psicossocial organizou as oficinas de sensibilização de acordo com esse mapeamento enfoque nas nove regiões. Assim, os componentes do Censo Psicossocial se dividiram em equipes responsáveis pelas regiões e se aproximaram dos respectivos territórios, para a realização das oficinas sobre os marcadores sociais da diferença com os profissionais da RAPS/RJ.

OBJETIVO

Identificar o perfil e os atravessamentos interseccionais que impactam na saúde mental dos usuários atendidos na RAPS do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2024 a 2025; sistematizar os dados colhidos pelas oficinas de sensibilização; e subsidiar a Coordenação de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro para a execução de um plano mais direcionado às necessidades em saúde dos atendidos e dos profissionais.

METODOLOGIA

As oficinas seguiram a abordagem da Educação Permanente em Saúde [2], promovendo uma reflexão compartilhada sobre os processos de trabalho e as possíveis mudanças institucionais. Adjunto a coleta de dados dos profissionais presentes, por meio do preenchimento do instrumento nas oficinas, abordando conhecimentos sobre as políticas nacionais de saúde baseadas na interseccionalidade e equidade, e os reflexos da desigualdade apresentados na prática profissional.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: leticiabreufrj@gmail.com

Também foram aplicados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esses dados primários recolhidos na oficina, com as equipes regionais e os diários de campo na aplicação das oficinas foram apresentados no 1º Seminário de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Interseccionalidades e na publicação da coletânea “Saúde mental, atenção psicossocial e interseccionalidade”. No momento, ocorre a tabulação de dados de forma mais profunda, com sua análise do discurso e construção de relatórios de pesquisa sobre as respostas do instrumento. Dando prosseguimento ao segundo seminário estadual para exposição dos resultados mais complexos e da publicação do novo material científico.

RESULTADOS

Atualmente, não existe qualquer mapeamento sobre o perfil da população atendida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Rio de Janeiro e nem oferta de qualificação que debata sobre os marcadores sociais da diferença, em destaque, a partir da ferramenta da interseccionalidade [3]. Tais ausências impactam diretamente no atendimento ofertado à população referenciada nos serviços que compõem a RAPS/RJ.

As impressões das oficinas de sensibilização sobre os marcadores sociais e atenção psicossocial apresentaram uma dificuldade em descrever o perfil dos usuários acompanhados nos serviços pelos profissionais presentes; além disso, houve grande resistência a racialização dos usuários e ausência do conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [4], inclusive da existência e forma de aplicação na Portaria nº344. [5]

Os trabalhadores refletiram sobre implicações no processo de trabalho em relação a apreensão acerca dos marcadores sociais; além disso, questionamos como era para estes perguntarem sobre o quesito raça-cor, identidade de gênero e orientação sexual aos usuários. Inicialmente o coletivo comenta que faz as perguntas sem constrangimentos, no entanto, alguns profissionais mencionaram que não perguntam ao usuário sobre isso para “não gerar constrangimentos no momento do acolhimento” (sic), ainda que essa pergunta esteja na ficha de acolhimento do serviço.

Também, constatou-se o protagonismo dos profissionais negros nos debates sobre a racialização dos usuários e os impactos da interseccionalidade. Assim, expressa como a formação dos profissionais em saúde se apresenta incapaz de lidar com as demandas da prática profissional e não reproduzir opressões, se não abrange a relevância da compreensão dos marcadores sociais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As oficinas de sensibilização foram exitosas em relação ao propósito da educação permanente, ao fomentar nos profissionais a necessidade de buscarem novas perspectivas de atuação e conhecimentos mais aprofundados sobre os marcadores sociais, baseados na interseccionalidade, devido relatos positivos de mobilização e modificações nos instrumentos das Instituições.

O Censo Psicossocial, através das ações de educação popular e permanente com os profissionais

da RAPS do Rio de Janeiro, instiga novas produções e concepções de saberes que corroboram com a luta antimanicomial e articulam-se com o exercício de assistentes sociais e demais categorias profissionais na política de saúde mental, ao problematizar a relação entre marcadores sociais e atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

- [1] Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2020.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- [3] Collins PH. Toward a new vision: Race, class, and gender as categories of analysis and connection. In: Race, gender and class. Routledge: 2016. p. 65-75.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

CENSO PSICOSSOCIAL NA RAPS/ERJ E INTERSECCIONALIDADE: MAPEAR MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA E QUALIFICAR A ATENÇÃO

Jessica Vaz Malaquias¹

Lorena Sousa da Silva

Mariana Marques Bourdette Ferreira

Victória Elisa Barbosa da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O contexto da Saúde Mental no Brasil requer análises da formação social brasileira e suas políticas sociais de equidade. Tal movimento epistemológico e político inquieta as instituições, marcadas por racismo, machismo, violência e discriminação, o que também se expressa na saúde pública [1]. Leituras críticas dos marcadores sociais da diferença apontam intersecções entre lógicas manicomiais na saúde mental e a exclusão. Falta formação de profissionais e leitura étnico-racial da realidade [2].

A interseccionalidade é o marco teórico presente na construção do Censo Psicossocial dos usuários de serviços de saúde mental do estado do Rio de Janeiro, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. A interseccionalidade afirma como sistemas discriminatórios – como racismo, machismo e opressão de classes – criam desigualdades que delimitam a posição de certos sujeitos na sociedade, como mulheres, pessoas negras ou ainda, pessoas em sofrimento psíquico grave. Ao analisar estruturas sociais, ela é uma estratégia potencial de transformação. Ela demanda compromisso com políticas emancipatórias, voltadas para a garantia de mais justiça social [3].

É preciso qualificar a atenção em saúde mental, em uma formação antimanicomial nas esferas acadêmica, política e de gestão, advinda da leitura interseccional da realidade dos usuários e dos profissionais.

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa do Censo Psicossocial é identificar o perfil de usuários atendidos na RAPS/ERJ entre 2023 e 2024 e analisar atravessamentos interseccionais que impactam sua saúde mental. Ainda, o Censo visou realizar oficinas de educação permanente com profissionais das nove regiões da RAPS/ERJ, identificando suas percepções sobre marcadores sociais da diferença. Posteriormente, objetivou divulgar dados da primeira etapa em Seminário Estadual, envolvendo atores da Atenção Psicossocial.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: jessicamalaquiasunb@gmail.com

METODOLOGIA

A realização do Censo Psicossocial, como uma pesquisa-ação, abrange duas etapas. A primeira, já concluída, envolveu oficinas de educação permanente em saúde em 2024 para os profissionais da Rede, abordando como o cuidado em saúde mental é impactado pelo racismo, sexismo e por outros marcadores sociais. A metodologia das oficinas seguiu a abordagem da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Na primeira etapa, também foi mapeado o conhecimento dos trabalhadores da rede acerca das políticas de equidade em saúde por meio de um questionário semiaberto, dado que a viabilização da política também comparece nas estratégias de acolhimento nas unidades de saúde. As respostas do questionário foram analisadas por meio de estatística descritiva. Como produto das primeiras atividades do Censo, foi realizado ainda um Seminário Estadual em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde para publicização dos dados dessa etapa do Censo em dezembro de 2024. Além disso, a equipe produziu também uma Cartilha sobre interseccionalidade, saúde mental e a importância dos dados a serem coletados pelo Censo, lançada no próprio Seminário Estadual.

A segunda etapa é a coleta e análise de dados secundários fornecidos por cada equipamento referentes ao próprio Censo dos usuários, ainda em andamento.

RESULTADOS

Foram realizadas 17 oficinas distribuídas entre as 9 regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, com 488 participantes, 170 serviços representados e 87 municípios envolvidos. A participação nas oficinas indicou as dimensões territoriais de cada região de saúde, a complexidade da rede, a articulação das equipes com os apoiadores e a mobilização dos profissionais para participação. Analisamos outros indicadores relacionados ao perfil dessa população de trabalhadores da RAPS: faixa etária, escolarização, ocupação, cargo/função, vínculo empregatício, tempo de trabalho na atenção psicossocial, tempo de formação acadêmica, especialização/capacitação, cor/raça (autodeclaração), pessoa com deficiência, identidade de gênero, orientação sexual e religião. Apresentamos dados relacionados ao perfil dos trabalhadores da RAPS, participantes das oficinas de educação permanente do Censo, a fim de favorecer o debate sobre os marcadores sociais na própria experiência enquanto sujeitos, no Seminário Estadual.

No Seminário Estadual, realizado em primeira edição em dezembro de 2024, foi feito novo levantamento com questionário semiaberto acerca dos trabalhadores presentes no evento, mapeando-se sua área de atuação, a instituição/organização a que se vincula, raça/cor e identidade de gênero (autodeclarados); bem como o interesse mobilizado pelo Seminário. Identificamos participantes inseridos em contextos acadêmicos, na gestão em saúde e em diversos serviços da rede de saúde mental do Estado. No campo aberto do questionário acerca da motivação para o Seminário, os inscritos citam “interseccionalidade”, “conhecer mais sobre os dados do Censo”, “conhecer como está essa discussão na rede” e a “atualização na prática” como motivadores.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A correta tradução da interseccionalidade, forjada no seio de movimentos sociais de mulheres negras, implica a indissociação entre atuação política e produção de saberes na academia. Atuar com base na interseccionalidade implica o desafio de produzir políticas de fato emancipatórias e equitativas.

O mapeamento construído pelo Censo Psicossocial representa o desenvolvimento de práticas em saúde mental pautadas em epistemologias que não compartilham dos discursos e práticas hegemônicos. Pelo contrário, fala-se de práticas de uma coletividade comprometida com o tecimento e consubstanciação da decolonialização do cuidado em saúde mental e com a Luta Antimanicomial. Isso se dá pelo comprometimento com a implicação dos marcadores sociais numa atuação criativa, dialógica e crítica da saúde mental. A aposta na potência do sujeito se faz por condutas que atravessam inclusive o agente do cuidado, num desempenho de mobilização contínua e atenta à interseccionalidade [1].

REFERÊNCIAS

- [1] Passos RG, Sanches AA, Lima BL et al. Experienciando a construção do Censo Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do Estado do Rio de Janeiro. In: Maranhão C, Alves GL, Rodrigues M, organizadores. Capitalismo contemporâneo: crise e barbarização da vida social. Vol. 4. Uberlândia: Navegando Publicações; 2023. p. 109-18.
- [2] David EC. Saúde mental e racismo: saberes e saber-fazer desnorteados na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicomial [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2022.
- [3] Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo Editorial; 2021. Em Psicologia: Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.
- [4] Passos RG et al. Experienciando a construção do Censo Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do Estado do Rio de Janeiro. In: Maranhão C; Alves GL; Rodrigues M. Capitalismo contemporâneo: 13 crise e barbarização da vida social. Uberlândia: Navegando Publicações; 2023, p. 109-118.
- [5] Rodrigues PHA et al. Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38(Supl 2):e00201921. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT00201921>

CIÊNCIA ÉTICA E VALENTE: COMEMORANDO 40 ANOS DA ALAMES COM O ESTUDO COLETIVO DE UMA OBRA DE JAIME BREILH

Alane Andreino Ribeiro¹

Cristiane Lopes Simão Lemos

Carlos Pinões-Rivera

Diego de Oliveira Souza

Jaime Breilh

Laurianna Vieira Alexandrina Neves de Souza Vieira

Luciana Alves de Oliveira

Maelison Silva Neves

Marcos Vinicius Alves dos Santos

Ricardo Lira de Rezende Neves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Associação Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) tem assumido ao longo de sua história e atuação, uma posição política que articula práticas e saberes comprometidos com a luta pela justiça social e crítica à mercantilização da saúde. Nesse sentido, propõe-se a construir alternativas organizativas e epistemológicas capazes de articular distintas vozes e experiências latino-americanas, mantendo uma “unidade na diversidade” que favoreça a coesão de sua atuação político-intelectual¹.

Para celebração dos seus 40 anos, em 2024, a ALAMES fez uma convocação para um debate em torno do seu papel na América Latina, de sua história, suas influências no momento presente e seus impactos nos horizontes futuros. Diante deste evento comemorativo, o Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Trabalho e Saúde (GEPETS) da Universidade Federal de Goiás (UFG) em parceria com vários grupos de pesquisa e entidades sociais, organizou ciclos de estudos coletivos, retomando e evidenciando referenciais teóricos que fundaram o Movimento da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana².

Por sua trajetória, Jaime Breilh foi o autor escolhido para compor o ciclo de estudos. Ele foi um dos primeiros a utilizar, explicar e desenvolver uma base teórico-metodológica em torno da categoria determinação social, ainda na década de 1970³.

OBJETIVO

Relatar a experiência do GEPETS no desenvolvimento do II Ciclo de Estudos acerca do estudo coletivo da mais recente obra de Jaime Breilh: “Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana”³.

1 Universidade Federal de Goiás. E-mail: cristiane_lemos@ufg.br

METODOLOGIA

A atividade foi realizada na plataforma Zoom com 5 encontros que ocorreram no período de setembro a outubro de 2024. Houve 187 inscritos e uma média de 40 pessoas participaram em cada dia. Os encontros foram gravados e disponibilizados no *YouTube* do GEPETS⁴ visando a divulgação científica.

A dinâmica abrangeu: leitura prévia de capítulos pela(o)s participantes e condução por moderadora(es), que apresentavam ‘recortes’ e análises introdutórias de cada capítulo sob sua responsabilidade. Depois ocorreu debate coletivo. No último encontro, Jaime Breilh, participou sintetizando e trazendo suas percepções sobre todo o ciclo.

A ação envolveu parcerias com Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) nacional e de seus núcleos: Goiás, Agreste Alagoano, Piauiense e Rio Grande do Sul; Projeto Pequi com SUS/UFG; Grupo de Estudos Cronologia Biográfica Marxiana; Grupo de Pesquisa em Odontopediatria e Clínica Integrada/UFPB; Liga Acadêmica de Educação em Saúde/UFG; Liga Acadêmica de Saúde Coletiva da UFRJ/Macaé-RJ; e Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Ensino na Saúde/UFG.

RESULTADOS

A obra estudada é uma síntese madura e aprofundada da trajetória intelectual do autor na construção da epidemiologia crítica. O interesse do grupo resulta da necessidade do resgate da discussão da saúde coletiva contra hegemônica. O debate reafirmou o desafio posto pela predominância de referenciais positivistas no cenário da saúde coletiva e que se distanciam de bases críticas pautadas no materialismo histórico dialético. Essa tem sido pauta de interesse de uma pluralidade geográfica representada por pessoas de várias regiões brasileiras, diferentes países da América Latina, Europa e, também, Estados Unidos da América.

O autor reafirma questões centrais como a necessidade de romper com a ciência neutra; superar a noção fragmentada e positivista de “determinantes sociais” e; retomada das bases da determinação social, a qual compreende a saúde a partir da totalidade histórica e dialética das relações sociais, econômicas, ambientais, políticas e culturais que estruturam o processo saúde-doença.

Alerta sobre a importância de fortalecer a ciência crítica, comprometida, transdisciplinar e intercultural³ que enfrente o epistemicídio dos referenciais críticos e que coloque em prática agendas concretas que repercutam na defesa do alcance da igualdade e da dignidade do bem viver. Também traz a urgência da superação de uma visão institucionalizada de saúde pública e da valorização dos saberes latino americanos, muitas vezes subestimados por referências de países compreendidos como dominantes no cenário do sistema capitalista.

Além do aprendizado, o evento gerou conteúdo para o canal *YouTube*⁴, a rede social *Instagram* (gepets.ufg) e nos sites institucionais da UFG².

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A leitura coletiva de Jaime Breilh configurou-se como exercício epistemológico e político de resistência em um contexto crescente de afastamento das raízes críticas que marcaram o surgimento da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana nos anos 1970, fundadas no materialismo histórico dialético. Destaca-se o caráter internacional e participação ativa de estudantes e pesquisadores de diversas regiões do mundo, principalmente da América Latina. Isso, somado à articulação de movimentos sociais e grupos acadêmicos, incitando provocações filosóficas que capilarizaram inquietações entre os participantes.

Criou-se um espaço de confluência e fortalecimento de saberes insurgentes, articulando prática de estudo solidária, dialógica e comprometida com a emancipação humana. Viva os 40 anos da Alames! Viva Jaime Breilh, incansável na produção de conhecimento crítico e colaboração com a construção de uma sociedade na qual a vida ocupa posição privilegiada em relação ao lucro e à ganância!

REFERÊNCIAS

- (1) Associação Latino-Americana de Medicina Social. Quem somos. 2025. Disponível em: <https://alames.org/pt-br/quem-somos/>.
- (2) Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Trabalho e Saúde. Ciclo de estudos comemorando os 40 anos da Alames. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2024. Disponível em: <https://ufg.br/e/35904-gepets-ciclo-de-estudos-comemorando-os-40-anos-da-alames.2>.
- (3) Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Bogotá: Universidad del Rosario; 2023.
- (4) Gepets. II Ciclo de Estudos do GEPETS. Goiânia: Canal do GEPETS no YouTube; 2024 out 24. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=7UQIIQb-KYg&list=PLAQBLEGIXZx3CZ_25Jne-ijmRUIDljpyv.

CIGARROS ELETRÔNICOS: UMA VISÃO CRÍTICA DOS IMPACTOS À SAÚDE

Ingrid Dias de Souza¹

Warlen Ribeiro da Cruz Oliveira

Flaviane Cristina de Oliveira Ferreira Delanos

Italla Maria Pinheiro Bezerra

Luiz Carlos de Abreu

Nathalya das Candeias Pastore Cunha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O uso de cigarros eletrônicos, ou vaporizadores, tem crescido rapidamente, sendo promovido como alternativa menos prejudicial aos cigarros tradicionais. No entanto, “o vapor dos cigarros eletrônicos contém substâncias como formaldeído, metais pesados e nicotina, que representam riscos substanciais à saúde pública” [1].

Há um crescente debate científico sobre os reais impactos desses dispositivos, que, embora menos tóxicos que os cigarros convencionais, não são isentos de riscos. A desinformação e a falta de regulamentação dificultam a mitigação dos danos, sobretudo entre jovens. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) alerta que “o uso de cigarros eletrônicos aumentou em quase três vezes e meia o risco de o indivíduo experimentar o cigarro convencional, e em mais de quatro o risco de passar a utilizar, posteriormente, cigarro convencional” [2].

Para Almeida [2], coordenadora do INCA, “isso mostra que o cigarro eletrônico oferece um grande risco de facilitar a iniciação do cigarro convencional [...], contribuindo para a desaceleração da queda no número de fumantes no Brasil”. Diante disso, este trabalho propõe uma análise crítica sobre os impactos dos cigarros eletrônicos, buscando conscientizar a população.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo geral descrever os efeitos na saúde associados ao uso de cigarros eletrônicos, focando nos componentes químicos presentes e nas consequências da dependência de nicotina em usuários frequentes.

METODOLOGIA

A pesquisa foi conduzida por meio de uma revisão bibliográfica sistemática nas bases PubMed e Scielo. Foram incluídos artigos publicados entre 2010 e 2023, revisados por pares, com acesso público gratuito e relacionados a cigarros eletrônicos e saúde pública. As palavras-chave utilizadas foram “cigarros eletrônicos”, “saúde pública”, “vaporizadores” e “risco à saúde”, permitindo a identificação de

1 Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. E-mail: diasingrid04@gmail.com

4 estudos relevantes. Foram excluídos artigos duplicados, aqueles que não respondiam ao objetivo do estudo ou que não apresentavam dados quantitativos ou qualitativos significativos.

Para uma análise detalhada, os artigos foram organizados em três categorias principais: composição química, efeitos fisiológicos e aspectos socioculturais. Além disso, foram incluídos dados de organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que contribuíram para complementar a análise crítica e fornecer um panorama mais amplo sobre os impactos dos cigarros eletrônicos na saúde pública [1]. Esta pesquisa faz parte do projeto financiado pelo Edital FAPES 28/2022 – UNIVERSAL, “Tecnologia Educativa com foco nos riscos e malefícios no uso de Cigarros Eletrônicos: Cuidando de Si e dos Outros”, T.O nº 878/2023.

RESULTADOS

Os cigarros eletrônicos, embora promovidos como alternativas mais seguras, apresentam riscos substanciais à saúde. A OMS alerta que o vapor desses dispositivos contém substâncias tóxicas, como formaldeído e compostos cancerígenos, que causam danos respiratórios e cardiovasculares [1]. Embora sejam vistos como opções menos prejudiciais para quem deseja parar de fumar, esses dispositivos não estão isentos de riscos.

Um dos principais problemas é a presença de nicotina, uma substância viciante que perpetua a dependência química. A OMS também destaca que o consumo de nicotina pode afetar a saúde mental, aumentando a ansiedade e outros transtornos psicológicos, principalmente em jovens [1]. O uso crescente de cigarros eletrônicos entre adolescentes tem gerado preocupações sobre os efeitos a longo prazo da exposição precoce à nicotina.

Estudos de Glantz et al. [3] revelam que o uso de cigarros eletrônicos entre adolescentes tem aumentado, o que intensifica as preocupações com a saúde pública. A atratividade desses dispositivos, frequentemente vistos como menos prejudiciais, resulta em um aumento do consumo de nicotina entre os jovens, o que pode gerar problemas de dependência e saúde mental.

Além disso, a falta de regulamentação eficaz na publicidade e comercialização desses dispositivos, especialmente nas plataformas digitais, é um problema crescente. A ausência de controles adequados contribui para a disseminação do uso indiscriminado, sem conscientização sobre os riscos [4].

A OMS também destaca os perigos associados à segurança desses dispositivos, como as explosões de baterias, evidenciando a necessidade urgente de regulamentações mais rigorosas para garantir a segurança dos consumidores [1].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que os cigarros eletrônicos, apesar de promovidos como alternativa de redução de danos, apresentam riscos significativos à saúde. Substâncias como formaldeído, metais pesados e nicotina estão associadas a danos respiratórios e cardiovasculares, além de impactos na saúde mental,

especialmente entre jovens [1,2]. A exposição precoce à nicotina pode comprometer o desenvolvimento cerebral e aumentar a vulnerabilidade à dependência química.

O crescimento do uso entre adolescentes reforça a necessidade de regulamentações mais rígidas e campanhas educativas. A falta de controle na publicidade e comercialização, principalmente em plataformas digitais, facilita o acesso indiscriminado, sem transparência sobre os riscos. Dessa forma, políticas públicas eficazes e ações educativas são fundamentais para reduzir os impactos negativos dos cigarros eletrônicos na saúde pública.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Relatório global sobre os efeitos dos cigarros eletrônicos. Genebra: OMS; 2022.
- [2] Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Cigarro eletrônico é porta de entrada para o tabagismo, mostra pesquisa do INCA. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2021/cigarro-eletronico-e-porta-de-entrada-para-o-tabagismo-mostra-pesquisa-do-inca>.
- [3] Glantz S, Jeffers A, Winickoff JP. Dependência de nicotina e intensidade do uso de cigarros eletrônicos por adolescentes nos EUA, 2014 a 2021. JAMA Network Open. 2022;5(11):e2240671. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40671>.
- [4] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 855, de 23 de abril de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>.

CINEMA, MASCULINIDADES E SAÚDE: REFLEXÕES DERIVADAS DA PROPOSIÇÃO DE UM DISPOSITIVO PEDAGÓGICO NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Túlio Romério Lopes Quirino¹

Lívia Cristina Santos da Silva

Clarisse Souza de Azevedo

Átila Augusto Araújo Dantas

Erivânia Ferreira da Costa

Luana Eduarda Medeiros dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A busca por metodologias de aprendizagem inovadoras e participativas no âmbito da formação em saúde tem ganhado destaque nos últimos anos. Isto se deve, em parte, às rápidas transformações ocorridas nas formas de ensinar, aprender e construir conhecimentos na atualidade, com incremento na utilização de recursos audiovisuais e tecnologias de informação e comunicação.

Entendemos que o cinema constitui ferramenta valiosa para enriquecer o processo de aprendizagem dos/as futuros/as profissionais de saúde, especialmente no campo da Saúde Coletiva, pois oferece construções narrativas e representações visuais contextualizadas que podem favorecer a abordagem de diferentes conteúdos, estimulando o pensamento crítico, promovendo a empatia e aumentando o interesse dos/as estudantes. Considerando esta compreensão, desenvolvemos a ação extensionista “CINEMASSA – Cinema, Masculinidades e Saúde”, a qual busca ofertar um espaço mediado de reflexões sobre os homens, as masculinidades e as práticas de saúde, tomando como ponto de partida a linguagem cinematográfica para disparar reflexões sobre a necessária visibilização da população masculina no âmbito das políticas públicas de saúde. Logo, esta iniciativa destaca a pouca atenção que as questões relacionadas à saúde dos homens recebem na formação em saúde, sendo, portanto, uma possibilidade de atuar sobre esta lacuna dos cursos de graduação.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo sistematizar e refletir acerca da experiência vivenciada no CINEMASSA, o qual, atuando como dispositivo provocador e articulador de discussões sobre temáticas que permeiam a construção social das masculinidades, foi pensado para fomentar problematizações acerca das formas particulares por meio das quais homens se produzem intersubjetivamente, demonstrando modos plurais de ser e existir, dando atenção especial às suas relações e preocupações com a própria saúde.

1

Universidade federal do rio grande do norte. E-mail: tulio.quirino@ufrn.br

METODOLOGIA

O CINEMASSA é uma ação componente da dimensão formativa de um laboratório interdisciplinar que desenvolve projetos de pesquisa e extensão sobre os homens e as masculinidades, sob o prisma da Saúde Coletiva. Tem sido realizado desde novembro de 2023, organizado em temporadas, cuja vigência corresponde a um semestre letivo, durante o qual ocorrem encontros mensais, no formato de cine-debates. Desde sua criação foram realizadas três edições, no âmbito da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN), totalizando 13 sessões.

Cada sessão é voltada à abordagem de uma temática relacionando as masculinidades ao campo da saúde, compreendendo a exibição de um filme, seguida da discussão de textos previamente indicados pelo docente coordenador. Cada sessão tem duração aproximada de três horas, adotando o seguinte formato: 1) Acolhimento e apresentação da temática; 2) Exibição do filme; 3) Discussão do filme à luz dos textos indicados à leitura; 4) Síntese da discussão; 5) Encerramento. Após cada sessão, é encaminhada a elaboração de narrativas escritas, as quais tem o intuito de consolidar os principais aspectos debatidos nos diálogos empreendidos entre os/as participantes.

RESULTADOS

A promoção do CINEMASSA tem nos proporcionado explorar as complexas relações entre as representações/construções socioculturais das masculinidades e o desenvolvimento de práticas de saúde pelos/para/com os homens. Em cada encontro, os/as participantes são guiados por discussões teóricas, debates cinematográficos e reflexões pessoais que geram elaborações significativas e a produção de sentidos singulares sobre o tema. Tem-se observado uma participação efetiva dos/as discentes, que demonstram interesse crescente sobre os estudos sobre as masculinidades, em especial, sobre seus efeitos na situação de saúde dos homens.

Dentre os resultados, cabe salientar a importância do contato dos/as discentes com as discussões envolvendo a construção social das masculinidades, possibilitando-os/as produzirem novas compreensões acerca dos modos de ser desempenhados pelos homens em nossa sociedade, e problematizarem a manutenção de concepções hegemônicas de gênero as quais estruturam desigualmente as relações sociais entre homens e mulheres, e repercutem na oferta de cuidados à saúde.

Além disso, especialmente para a formação em saúde, deve-se destacar como tais discussões os/as possibilitam reconhecer os homens como sujeitos de cuidado, isto porque, historicamente o cuidado é compreendido como atribuição feminina, impedindo que os homens se reconheçam e sejam reconhecidos como cuidadores, e mesmo como sujeitos que precisam de cuidados¹. Assim, debater os modos pelos quais os homens exercem suas masculinidades (e como estas produzem efeitos em sua saúde), possibilita que os/as estudantes, futuros/as profissionais, reconheçam como o gênero é um importante estruturador das relações sociais, o qual deve ser incorporado como categoria analítica de modo a reorientar as práticas de saúde².

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O CINEMASSA constitui um significativo dispositivo formador e fomentador de reflexões sobre a temática em tela, gerando resultados gratificantes, principalmente quando consideramos a dedicação e o comprometimento dos/as discentes desde a sua criação, com destaque, ainda, ao seu efetivo envolvimento nos momentos de debate. A experiência tem nos possibilitado ratificar a importância de implementar atividades formativas, no campo da Saúde Coletiva, que extrapolem a sala de aula, a partir das quais conteúdos e conceitos podem ser trabalhados por meio de metodologias participativas e que proporcionem momentos de reflexão sobre temas atuais e necessários, situados para além dos currículos formais, dado, ademais, o caráter político que permeia o campo. Além disso, iniciativas como esta permitem a produção de novas associações teórico-práticas e, deste modo, possibilitam que tais temas façam mais sentido, principalmente quando se consegue relacioná-los à vida cotidiana dos/as discentes.

REFERÊNCIAS

- (1) Medrado B; Lyra J; Azevedo M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!': Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes, R. Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 39-74.
- (2) Scott JW. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Educ realidade. 1995;20(2):71-99.

CIRCUITO PARTENON DE ARTE E SAÚDE NO TERRITÓRIO: RELATO DE PRÁTICAS

Thaís Botelho da Silva¹

Elsa Franke Roso

Roberta Leães

Paula Emília Adamy

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A história do bairro Partenon, em Porto Alegre, está profundamente vinculada ao processo de instalação de instituições de isolamento, como presídio, manicômio judiciário, hospital psiquiátrico e hospital para doenças infectocontagiosas, e ao intenso fluxo de urbanização, o que forjou importantes lutas sociais por moradia e direitos na região. Olhando para este passado de segregação, mas também de lutas coletivas e solidariedade comunitária, buscou-se com o Circuito Partenon de Arte e Saúde no Território dar visibilidade e compartilhar diferentes modos de cuidado em saúde aqui produzidos. A iniciativa tem sido conduzida por trabalhadoras/es e usuárias/os do Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas Partenon e Lomba do Pinheiro (CAPS AD III P/AESC), Hospital Sanatório Partenon (HSP) e Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), com a participação de outros serviços de saúde e socioassistenciais do território, que reúnem-se para planejar e organizar as atividades de arte e saúde. Importante referir que os usuários engajados nessa iniciativa são majoritariamente da população negra, sobretudo homens pretos e jovens, alvos preferenciais das políticas de morte observadas na particularidade do capitalismo brasileiro.(1)

OBJETIVO

Compartilhar com quem mora, transita e trabalha no território o cuidado produzido cotidianamente com as pessoas que acessam os serviços de saúde e socioassistenciais, como estratégia para combater o estigma relacionado à saúde mental e às doenças infectocontagiosas.(2)

METODOLOGIA

O Circuito teve início em outubro de 2024(3) e tem sido realizado em diferentes locais do bairro Partenon. Cada serviço oferta rotineiramente aos seus usuários atividades coletivas e integradas com trabalhadores. O CAPS AD III PTN/Lomba tem o Tarja Preta, grupo de samba e pagode; O HSP oferta o Semeando Saúde, que inclui cultivo de plantas, artesanato e rodas de samba; e o HPSP promove o grupo musical SUSpirados. O Circuito Partenon de Arte e Saúde no Território é a promoção conjunta, pelos serviços, dessas atividades coletivas no espaço público, de forma que a comunidade

1 Departamento de Saúde Coletiva (DESCOL), Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva (EENFSC) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: roberta_fdacosta@yahoo.com.br

local também conheça e se beneficie do cuidado produzido na rede de saúde e socioassistencial. Dentro de cada evento do circuito ocorrem feiras para venda de produtos das oficinas terapêuticas e rodas de samba abertas, compondo um espaço potente de promoção de saúde mental, associado a ações de educação sobre tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis e debates sobre racismo. Até o presente momento foram realizadas seis edições, intercaladas com reuniões de planejamento e avaliação, sendo que a partir dessa iniciativa outras ações seguem acontecendo de forma compartilhada no território.

RESULTADOS

A cooperação entre usuários e trabalhadores para organização do Circuito favorece o exercício da horizontalidade na relação de cuidado e estimula a co-responsabilização no tratamento da tuberculose, refletindo na melhor adesão daqueles sujeitos engajados na proposta. “A gente é uma grande família”, referiu um usuário ao concluir a confecção de uma bolsa onde se lia “Família Sanatório”. No caso da presente proposta, a dimensão comunitária entre as pessoas é construída a partir da convivência nos serviços locais, provocada pela necessidade de acompanhamento e tratamento prolongados, como no caso da tuberculose e do cuidado em saúde mental na perspectiva da redução de danos. Os três serviços que organizam o Circuito Partenon utilizam estratégias que favorecem a adesão ao cuidado, tornando-se, para muitos usuários, o principal dispositivo da sua rede de apoio, onde eles irão encontrar suporte material, afetivo e terapêutico. Portanto, avalia-se que esta iniciativa, ao promover atividades extramuros que valorizam a competência cultural, favorece processos de interação, fortalece a identidade coletiva, o autocuidado, e a diversidade, valores que devem fazer parte da cena de cuidados e que incentivam a construção de vínculos⁽⁴⁾. Após seis meses desde sua primeira edição, o grupo avalia que essa experiência contribuiu para a ampliação da oferta de práticas de saúde mais alinhadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e à desinstitucionalização, que tem como base o cuidado em liberdade no território. O tema do racismo é recorrente e transversal a todas as atividades. No mês de novembro, por exemplo, foram desenvolvidas oficinas de bonecas Abayomi, confecção de bolsas na temática afro e roda de conversa e samba problematizando as diversas manifestações do racismo na sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A iniciativa fomenta práticas que promovem a ampliação da clínica, ao entender a dimensão sociocultural, a produção de sociabilidades e a importância da construção de vínculos no cuidado em saúde. Ressignificar o bairro Partenon também passa por consolidar um espaço de cultura popular e convivência acessível a todas/os, que contribua para a adesão ao cuidado e o enfrentamento ao estigma que historicamente acompanha as pessoas atendidas nos serviços participantes, majoritariamente não brancas. Ao articular manifestações culturais com promoção da saúde, redução de danos e orientações sobre tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, essa experiência nos desafia a avançar rumo ao fortalecimento da participação social, da defesa de direitos e da construção de uma rede viva, solidária e transformadora no território.

REFERÊNCIAS

- (1) Miranda G. Necrocapitalismo: ensaio sobre como nos matam. São Paulo: Lavra Palavra Editorial; 2021.
- (2) Sontag S. Doença como metáfora: Aids e suas metáforas. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2007.
- (3) Porto Alegre (Município). Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Saúde mental motiva evento para comunidade do Partenon. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/saude-mental-motiva-evento-para-comunidade-do-partenon>
- (4) Quintão FCP, Franco CM, Almeida PF. Quando o samba atravessa a Atenção Primária à Saúde: competência cultural sob o olhar de moradores da comunidade de Mangueira-RJ. Physis. 2024;34:e34019. Doi: 10.1590/S0103-7331202434019pt

COMO O DISPOSITIVO MATERNO ADOECE MULHERES: SAÚDE MENTAL E GÊNERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Paula Niquini Viana Batista¹

Marcela Amariz Alves da Silva

Mariane Moreira Flores

Thais Sayuri Yamamoto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O conceito de gênero é descrito como “uma identidade instituída por uma repetição estilizada de atos”, ou seja, uma repetição que se cristaliza e gera a falsa noção de substancialização, de inerência a determinado modo de viver¹. Para o feminino, o processo de subjetivação é fortemente marcado pelo hetero-centramento², ou seja, pela dedicação ao outro, sacrifício e auto-anulação. O surgimento do termo “instinto materno”, em um cenário capitalista e patriarcal, produziu a noção de naturalidade em relação à função reprodutiva da mulher, bem como às suas habilidades para cuidar e servir. Essa realidade culmina no Dispositivo Materno², grande responsável pelo esgotamento mental e adoecimento psíquico e somático, que marca o controle dos corpos femininos pela culpa e responsabilização, e materializa os papéis de gênero esperados: esposa, mãe e dona de casa. Nesse sentido, sem espaço para diálogo e sem o amparo humanizado necessário, o esperado é que de fato adoçam. Na realidade social da Atenção Primária no Rio de Janeiro, vê-se mulheres que enfatizam os conflitos familiares, o cotidiano doméstico e as relações com marido e filhos como principais fontes de tensão e sofrimento. Esteja isso ou não na origem da procura por atendimento, o que se vê em abundância é o efeito devastador na saúde mental e física das mulheres.

OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de medicina durante o internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em uma unidade de Atenção Primária, Clínica da Família (CF), do município do Rio de Janeiro, frente às demandas de sofrimento físico e psíquico de mulheres, relacionando seus sintomas aos papéis de gênero.

METODOLOGIA

Ser mulher em uma sociedade profundamente patriarcal leva um número desproporcional delas a entrar em colapso³, e esse, muitas vezes precedido por um silenciamento⁴ durante toda uma vida, se manifesta de maneira bem característica. Sintomas e diagnósticos tem um perfil gendrado e isso pode ser bem observado por uma pesquisa feita por Zanello e Silva⁵ a partir da análise de prontuários de pacientes do serviço de saúde mental do Distrito Federal. Os maiores sintomas de prevalência feminina

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: anapaulanviana@hotmail.com

em relação a masculina foram: insônia (46% contra 27%), ansiedade (34% contra 13,5%) , tristeza (28,5% contra 12%), vontade de chorar/choro incontido (25% contra 1,4%) e angústia (23,5% contra 2,8%); enquanto nos homens, a prevalência maior é de agressividade, agitação psicomotora, ideação suicida e alcoolismo. Em relação aos diagnósticos⁶, nas mulheres prevalecem o de depressão (25%), transtornos de ansiedade (23%) e transtornos de personalidade (15%). Nos homens, prevalecem a psicose não orgânica não especificada (35%), transtornos devido ao uso de álcool ou outras drogas (33%) e esquizofrenia (20%). Na Clínica da Família onde os estudantes frequentaram, o gendramento segue evidente. Após acompanhamento e análise de consultas ao longo do internato em MFC, observa-se que o Dispositivo Materno produz queixas físicas e mentais. As pacientes mulheres enfatizam os conflitos familiares, o cotidiano doméstico e a relação com o marido e os filhos como principal fonte de tensão e de sofrimento psíquico. Para exemplificar, em uma rotina familiar heteronormativa típica do território da Clínica da Família em questão, de acordo com o que foi acompanhado durante os dois meses, é comum para o homem ter como atividades pós-laborais descansar no sofá, assistir TV, navegar em redes sociais, jantar ou ir dormir. À mulher, ao chegar, é costumeira a obrigação de servir o jantar, preparar os filhos para dormir e lavar roupas (“e”, não “ou”). Ora, se uma mulher que está sempre sendo requerida – cobrada e autocobrada – por suas funções maternais, domiciliares e laborais, em que momento ela poderia olhar para si, questionar seu presente, suas escolhas, refletir e sonhar? A falta de tempo livre que sua jornada – muitas vezes tripla – promove é, sobretudo, capaz de mantê-la sem a energia necessária para deixar condições que não lhes possibilitam bem-estar pleno, como um relacionamento violento, o sedentarismo ou um trabalho extenuante. Na CF, não é incomum a consulta representar um momento terapêutico às pacientes mulheres. Por vezes sem nem trazer queixas orgânicas, elas fazem uso do tempo em consultório para desabafar e descarregar o que sentem e guardam ao longo das semanas, uma vez que muitas caminham sem rede de apoio emocional, assumindo esse papel os médicos e enfermeiros da clínica. Fica nítido, portanto, o porquê de dados tão díspares no que tange à saúde mental na saúde primária: mulheres têm menos acesso ao ócio e, portanto, ao autocuidado, ao lazer, à criação, à saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As mulheres são, historicamente, atravessadas por sobreposições de opressões na sociedade brasileira. Nesse sentido, a vivência na Clínica da Família explicita aos estudantes e profissionais fatores psicológicos, sociais e culturais que atravessam diariamente sua saúde física e mental e sustentam relações de poder baseadas no patriarcado. Propõe-se reflexão aos profissionais, especialmente da atenção básica, sobre a importância de uma abordagem ampliada da saúde da mulher, considerando determinantes sociais e adotando estratégias que vão além do uso de psicotrópicos.

REFERÊNCIAS

- (1) Butler J. Atos performativos e constituição de gênero: um ensaio em fenomenologia e teoria feminista. *Cadernos Pagu*. 2003;(20):263–300.
- (2) Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura, psicologia e práticas terapêuticas. Petrópolis: Vozes; 2018.
- (3) Garcia CC. Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1995.
- (4) Perrot M. Os silêncios do corpo da mulher. In: Matos MIS, Soihet R, organizadoras. O corpo feminino em debate. São Paulo: UNESP; 2003.
- (5) Zanello V. Saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Nery Filho A, organizador. Gênero e saúde mental. Salvador: EDUFBA; 2015.
- (6) Rabelo MB, Nascimento FS. Gênero, violência e saúde mental: relato de experiência no sertão pernambucano. *Feminismos*. 2016.

COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SE PREPARA PARA AS QUESTÕES ENVOLVENDO O USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS NO BRASIL: DESABASTECIMENTO E DEPENDÊNCIA DO MERCADO INTERNACIONAL

Ana Luíza Cavalcanti Dória¹

Regianne Maciel dos Santos Correa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Saúde Planetária propõe uma compreensão integrada entre saúde humana, ecossistemas naturais e justiça social. No Baixo Tapajós, essa abordagem é essencial para revelar como o avanço do garimpo ilegal agrava desigualdades históricas e compromete a saúde dos povos indígenas. Entre 2017 e 2020, o desmatamento associado à mineração cresceu mais de 90% na região [1], provocando degradação ambiental e contaminação por mercúrio. Estudos apontam que 100% dos indígenas Mundurucu apresentam mercúrio no organismo, sendo 60% com níveis acima do recomendado pela OMS [2]. O metilmercúrio, absorvido pela ingestão de peixes, causa sérios danos neurológicos, especialmente em crianças e gestantes. Para cada grama de ouro extraído, até duas toneladas de sedimentos contaminados são despejadas nos rios [3], afetando toda a cadeia alimentar. Assim, o garimpo ilegal não apenas ameaça o meio ambiente, mas revela a face tóxica das desigualdades sociais que marcam a relação entre Estado, território e os direitos dos povos indígenas.

OBJETIVO

Este estudo tem como principal objetivo analisar os impactos do garimpo ilegal e da contaminação por mercúrio na saúde dos povos indígenas do Baixo Tapajós, compreendendo essas violências socioambientais como expressões das desigualdades sociais e refletindo sobre a importância da saúde planetária na defesa dos territórios e modos de vida indígenas.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica narrativa de abordagem qualitativa, com ênfase na análise tanto bibliográfica e quanto documental. A pesquisa bibliográfica foi utilizada para fundamentação teórica, com foco em estudos sobre saúde planetária, os impactos do mercúrio na saúde dos povos indígenas e bem como, seus efeitos causados pelo garimpo ilegal na população indígena. A pesquisa documental permitiu o levantamento de dados quantitativos sobre as vítimas da contaminação, com base em relatórios oficiais, estudos institucionais e registros de organizações atuantes na região amazônica. Para isso, utilizaram-se as bases de dados PubMed, MedLine, Lilacs, a Biblioteca Virtual em saúde (BVS), permitindo a seleção de fontes relevantes e atualizadas. A triangulação entre os dados coletados contribuiu para uma análise crítica sobre os impactos socioambientais enfrentados pelos povos indígenas do Baixo Tapajós, evidenciando a contaminação por mercúrio como expressão das desigualdades sociais históricas e estruturais.

RESULTADOS

A contaminação por mercúrio afeta significativamente as populações indígenas na região do Baixo Tapajós, especialmente o povo Munduruku. Estudos recentes revelam que 100% dos indígenas analisados apresentaram contaminação por mercúrio, com 60% deles exibindo níveis do metal acima dos limites considerados seguros pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [4].

Além disso, pesquisas conduzidas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o World Wildlife Fund – Brasil (WWF-Brasil) [2], indicam que, nas aldeias mais próximas às áreas de garimpo, nove em cada dez participantes apresentaram altos níveis de contaminação por mercúrio. O estudo também revelou que 15,8% das crianças dessas comunidades demonstraram problemas em testes de neurodesenvolvimento.

A principal via de exposição ao mercúrio é o consumo de peixes contaminados, base alimentar dessas comunidades. Das 88 espécies de peixes analisadas em um estudo, todas apresentaram níveis detectáveis de mercúrio, com as espécies carnívoras exibindo os maiores índices de contaminação [5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A contaminação por mercúrio no Baixo Tapajós revela uma grave crise socioambiental que atinge diretamente os povos indígenas, especialmente os Munduruku. Os impactos do garimpo ilegal vão além da degradação ambiental, afetando a saúde, o território e a autonomia dessas populações. Os altos índices de mercúrio no organismo, associados a problemas no neurodesenvolvimento infantil, evidenciam a urgência de ações efetivas. Essa realidade expressa desigualdades sociais históricas e reforça a importância da Saúde Planetária como abordagem integradora. Proteger os territórios e modos de vida indígenas exige políticas públicas baseadas em justiça ambiental, respeito aos direitos humanos e fortalecimento das comunidades tradicionais frente às pressões do extrativismo predatório.

REFERÊNCIAS

- [1] Siqueira-Gay J, Sánchez LE. The outbreak of illegal gold mining in the Brazilian Amazon boosts deforestation. *Regional Environmental Change*, v. 21, n. 2, 2021.
- [2] Fundação Oswaldo Cruz. Relatório sobre contaminação por mercúrio na Amazônia. 2020.
- [3] Lobo FL *et al.* Distribution of artisanal and small-scale gold mining in the Tapajós River Basin (Brazilian Amazon) over the past 40 years and relationship with water siltation. *Remote Sensing*. 2016;8(7):579.
- [4] Martins RK. Divulgação científica para a conscientização sobre a exposição ao mercúrio em populações indígenas e ribeirinhas na Amazônia. Porto Alegre: Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2022.
- [5] Muniz DHF, Oliveira-Filho EC. Metais pesados provenientes de rejeitos de mineração e seus efeitos sobre a saúde e o meio ambiente. *Universitas Ciênc Saúde*. 2006;4(1/2):83-100.

CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL: DESAFIOS À FORMAÇÃO PARA UMA SAÚDE INTEGRAL LGBTQIA+

Letícia Sodré Marassi¹

Ana Carolina de Oliveira Gaia Soares

Carlos Eduardo Zanco Souza

Desirre Mathias Pinheiro da Silva

Gabriela Vitta de Azevedo

Isabella Di Napoli da Rocha

Juliana Stockler Barreiros

Larissa dos Santos Viana Pereira

Maria Eduarda Velloso Kavadi

Marianna Brandão Assad Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação em saúde no Brasil ainda apresenta lacunas importantes no que diz respeito à abordagem das especificidades da população LGBTQIA+, em especial no que se refere à identidade de gênero, orientação sexual, expressão de gênero e outros marcadores sociais da diferença. Essa omissão contribui para a reprodução de práticas discriminatórias nos serviços de saúde, violando os princípios da equidade, integralidade e universalidade que sustentam o Sistema Único de Saúde.(1)

O despreparo de profissionais tem origem no currículo formal pouco sensível às pautas de diversidade, sendo agravado pela invisibilização desses temas no cotidiano acadêmico, o que transfere ao currículo oculto a responsabilidade de formar estudantes sobre aspectos essenciais à promoção da saúde em sua totalidade. Em resposta a esse cenário, políticas como a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT reafirmam o compromisso com a superação das desigualdades em saúde, apontando para a necessidade de incluir essa pauta na formação dos trabalhadores da saúde.(2,3)

OBJETIVO

Analisar o conhecimento de estudantes de medicina sobre identidade de gênero, orientação sexual, expressão de gênero, intersexo, assexualidade e outros conceitos relacionados à saúde da população LGBTQIA+.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa e caráter descritivo, realizada em novembro de 2024 com estudantes do segundo período do curso de medicina de uma

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: marassi.leticia@gmail.com

instituição privada localizada na região serrana do estado do Rio de Janeiro. A turma pesquisada não contava com componentes curriculares formais que abordassem temáticas de gênero e sexualidade. Foi aplicado um questionário autoexplicativo e anônimo (Google Forms), composto por 11 questões de múltipla escolha, abordando conceitos como identidade de gênero, sexo biológico, expressão de gênero, sexualidade, gênero não binário, disforia de gênero, intersexo, assexualidade, expressão de gênero, aliado e o símbolo “+” na sigla LGBTQIA+. A aplicação foi precedida de esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, garantindo o consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados foi realizada com base em estatística descritiva simples (frequência absoluta e relativa). O estudo respeitou os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 22 estudantes. Os resultados foram agrupados por blocos temáticos:

A) Conceitos básicos: Identidade de gênero (84,6% de acerto), sexo biológico (90,9%) e expressão de gênero (81,8%). Houve confusões pontuais entre os conceitos, especialmente expressão de gênero confundida com identidade de gênero (13,6%) e com sexualidade (4,5%).

B) Sexualidade e variações de gênero: A sexualidade foi corretamente identificada por 81,8%. O gênero não binário teve 63,6% de acerto, sendo confundido com ausência de identificação de gênero por 36,4%. Disforia de gênero apresentou 100% de acerto.

C) Termos menos difundidos: O termo intersexo obteve apenas 27,3% de acerto. As respostas equivocadas indicavam confusão com gênero fluido (27,3%), dualidade de gênero (40,9%) e até mesmo com demissexualidade (4,5%). A assexualidade foi corretamente identificada por 68,2%, sendo confundida com agênero (22,7%) e outros conceitos (9,1%).

D) Expressão de gênero e aliados: A maioria (72,7%) reconheceu corretamente exemplos de expressão de gênero, mas 18,2% limitaram-se ao uso do nome social. O conceito de “aliado” foi bem compreendido (86,4%), embora alguns o restringissem a pessoas da comunidade LGBTQIA+ que promovem ações afirmativas (9,1%).

E) Símbolo “+” da sigla LGBTQIA+: Foi corretamente identificado por 90,9% como representando outras identidades e orientações não incluídas nas letras da sigla. Pequenas porcentagens (9,1%) atribuíram sentidos incorretos.

Esses dados revelam fragilidades conceituais importantes, especialmente em conceitos menos difundidos como “intersexo”, o que pode comprometer o cuidado integral preconizado pelo SUS (BRASIL, 1990) e pelos marcos normativos da saúde LGBTQIA+ (BRASIL, 2013).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados evidenciam que, apesar de uma compreensão razoável em temas mais difundidos, persistem lacunas no conhecimento conceitual dos estudantes, especialmente em relação a variações de gênero e identidades menos visibilizadas. A ausência desses conteúdos na formação formal compromete o princípio da equidade e a efetivação de práticas de cuidado integrais e acolhedoras. A pesquisa aponta para a necessidade urgente de revisão dos currículos da graduação em saúde, com a inclusão obrigatória de conteúdos que tratem da interseccionalidade, diversidade e direitos humanos, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Promover o conhecimento e o respeito às diversidades é passo essencial para a construção de um SUS mais justo e democrático.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: MS, 2013.
- (3) Raimondi GA, Moreira C, Barros NF. Gêneros e sexualidades na educação médica: entre o currículo oculto e a integralidade do cuidado. *Saúde Soc.* 2019;28(3):198–209.

CONSTRUÇÕES E ANÁLISES APÓS IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI NA BAHIA. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Janivalda Lima Ferreira¹

Juliana Xavier Carneiro Alves

Gilmara de Santana dos Santos

Ana Iara Carneiro Santana

Daniela Amarante Arruda

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Consultório na Rua (CnR), programa estabelecido pelo Ministério da Saúde para atendimento às pessoas em situação de rua, inspirado em diversas iniciativas municipais e fruto das exigências de movimentos sociais, tem sido objeto de estudos de diversas naturezas (1).

No Brasil, as equipes de CR (eCR) foram instituídas a partir da 2ª edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011 (2). Tratam-se de equipes itinerantes que atuam, privilegiadamente, em pontos de maior concentração de pessoas em situação de rua. As ações das eCR se diversificam de acordo com as necessidades de saúde identificadas, das mais pontuais às crônicas, situações essas que acabam por demandar um acompanhamento longitudinal (3).

Em Camaçari essa iniciativa teve seu início marcado pela Pandemia da Covid-19, quando se enfatizou a necessidade do acolhimento e acompanhamento dos usuários em situação de rua, devido ao elevado risco de contaminação. Foi para aumentar o grau de equidade do sistema que o CR se institucionalizou no município.

A vulnerabilidade dessa população evidencia as fragilidades das práticas de cuidado do SUS, mas também mostra que o trabalho das eCR traz uma série de inovações para o cuidado integral ao usuário na APS, bem como para a gestão do processo de trabalho (4).

OBJETIVO

O Objetivo deste estudo foi descrever a implantação da estratégia de Consultório na rua no município de Camaçari na Bahia relatando as construções sociais e de melhora no acesso à saúde dessa população vulnerável.

METODOLOGIA

A metodologia usada foi relato de experiência na qual descrevemos as ações adotadas pela equipe da área técnica da atenção primária, durante a pandemia, para montar a equipe e estruturar o consultório na rua no município de Camaçari.

1 Prefeitura Municipal de Camaçari. E-mail: jamnilf@gmail.com

RESULTADOS

A partir do ano de 2020, com o advento da pandemia, percebendo-se as dificuldades no acompanhamento das pessoas em situação de vulnerabilidade, o consultório na rua passou por reestruturação do seu processo de trabalho. Foi imprescindível o cadastramento efetivo dos usuários em acompanhamento, busca de apoio na rede de saúde a fim de estabelecer o fluxo de funcionamento. Inicialmente buscou o apoio dos residentes da FESF-SUS no cadastramento desses usuários na sede e orla do município, o que foi possível desenhar o perfil e demandas diversas.

Em abril de 2021, a equipe foi integrada com médico, enfermeiro, psicólogo, técnico em Enfermagem, agente comunitário de saúde, sendo habilitada junto ao Ministério da Saúde, e tendo a partir de então características próprias e identidade reconhecida, trazendo segurança e direcionamento efetivo para os demais serviços da rede de atenção à saúde, visando o cuidado desses usuários.

O acolhimento dos usuários ocorre através do fluxo construído mensalmente, conforme as necessidades identificadas de cada paciente, tanto para atendimento médico, de enfermagem, demandas sociais e terapêuticas. São também desenvolvidas atividades educativas no mínimo 2 vezes no mês, abordando temas de saúde estabelecidos pela própria eCR ou de acordo com as solicitações dos usuários.

Desde a sua implantação o CR já acompanhou cerca de 196 usuários, estes têm suas demandas de saúde ou sociais direcionadas às unidades da rede vinculadas ao território que o usuário é abordado, ou nas proximidades do território onde ele possa ter adquirido vínculo de qualquer natureza, social ou familiar. Permeia a ressocialização, reconstrução do vínculo familiar, acompanhamento pelos serviços de saúde, bem como a proteção dos seus direitos como cidadão.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As eCR têm como função o desenvolvimento de cuidados primários, prestando assistência voltada aos agravos mais prevalentes das pessoas em situação de rua, com distribuição de insumos e orientações em saúde, garantindo o acesso às ações e serviços, criando vínculos dessa população com outros serviços que, além de promover o vínculo social e/ou retorno ao vínculo familiar quando possível.

A implantação do CR resgata os princípios do SUS, à medida que amplia o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, promovendo oferta de forma qualificada e oportuna (6). O CR favorece atenção integral à saúde de grupo populacional sensível e excluído, porém necessita de uma rede de saúde em consonância, a fim de ofertar condições necessárias ao restabelecimento da dignidade humana dos indivíduos em vulnerabilidade e com os vínculos familiares fragilizados.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 22 de setembro de 2017.
- (2) Brasil. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116).
- (3) Jorge JS, Webster CMC. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. Saude Transf Soc. 2012;3(1):39-48.
- (4) Engstrom EM, Lacerda A, Bermonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. Saúde debate. 2019;43(7).
- (5) Borysow IC, Oda WY, Furtado JP. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. Physis. 2023;33:e33042.
- (6) Silva FPS, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad. Saúde Pública. 2014;30(4):805-814.

CONSTRUINDO APRENDIZADOS LOCAIS FRENTE A EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM TERRITÓRIOS VULNERABILIZADOS - EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE

Emilín Kelly Martins Neves¹

Alice Siqueira Alves

Anna Gracia Dias da Silva

Caio Manoel Lira da Costa Fontes

Douglas Frauches

Milena Gomes Dias

Milena Silva Lopes

Isabel Domingos Martinez Dos Santos

Bibiana Machado Nunes

Armando Cypriano Pires

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A gestão de riscos de desastres abrange medidas para redução de riscos e preparação de respostas. Intervenções denominadas ‘não estruturais’, como ações educativas, requerem diálogos com atores e setores em nível local (1, 2).. Populações que vivem em territórios com elevada vulnerabilidade socioambiental são mais afetadas por desastres e acidentes. Diante da sua frequência, nos indagamos sobre ações que poderiam fortalecer capacidades solidárias de respostas em saúde nessas situações. Partindo dessa questão, estudantes do 2º período de medicina, professores do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFF) e integrantes dos bombeiros se reuniram para planejar e promover ação de extensão, no âmbito da disciplina de Trabalho de Campo (3). Mobilizados pela construção coletiva como estratégia para fortalecimento da proteção de pessoas, fizemos contato com a Colônia de Férias do Parque Esportivo e Social do Caramujo (Niterói-RJ). O encontro envolveu a participação de crianças e adolescentes que vivem naquela região, tendo promovido diálogos sobre: prevenção de acidentes e primeiros cuidados diante de circunstâncias de crise. A parceria com o 3º Grupamento do Corpo de Bombeiros Militar de Niterói viabilizou recursos materiais e participação de profissionais bombeiros.

OBJETIVO

Fortalecer capacidades de preparação e resposta a desastres e emergências de pessoas que vivem em territórios com vulnerabilidade socioambiental. Nesse intuito, foi promovido encontro para compartilhamento de ações educativas de promoção do cuidado em saúde, fundamentadas na intersetorialidade. Essas ações visam não apenas a prevenção, mas também o fortalecimento de relações de vínculos sociais, promovendo conhecimentos e estimulando a autonomia e a resiliência diante de emergências e desastres.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: emilink@id.uff.br

METODOLOGIA

A atividade de extensão foi desenvolvida em janeiro de 2025, com crianças e adolescentes e monitores da Colônia de Férias realizada no bairro Caramujo, em Niterói. Foi feito contato prévio com responsáveis pela Colônia para apresentação da proposta. Sob a supervisão de professores e bombeiros, estudantes de medicina se organizaram em estações. A estação de Manejo de Extintores de Incêndio, para abordar categorias de extintores e sua utilização em cada situação. A estação de Acidentes domésticos e a de Desobstrução de Vias Aéreas com simulações de ocorrências em domicílio ou na rua, para compreensão dos primeiros cuidados e socorros nessas situações. A Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) foi abordada para que aprendessem a identificar sua necessidade e contribuir com ações necessárias até a chegada da equipe de resgate. Na estação de Transporte de Pessoas, foram feitas simulações de quedas e desmaios, além de técnicas para transporte de acidentados de forma segura até uma unidade de saúde. No encerramento, foram retomados ensinamentos essenciais para o cuidado de si e das pessoas do entorno. Também foram destacadas informações sobre a universidade e acesso por Ações Afirmativas.

RESULTADOS

A atividade envolveu a participação de aproximadamente 60 crianças e adolescentes, tendo desenvolvido conhecimentos e habilidades para atuarem em situações de emergência, acidentes domésticos, ocorrências nas ruas, incêndios e paradas cardiorrespiratórias. Observou-se que muitos não tinham informações sobre como agir, evidenciando a importância do compartilhamento de conhecimentos para prevenção e minimização de danos. Na estação de Manejo de Extintores de Incêndios, por exemplo, participantes relataram já ter utilizado tais equipamentos para brincadeiras, sem conhecer sua função. A maioria não sabia onde ficavam extintores no local onde ocorria a Colônia de Férias. Foi explicado sobre em que circunstâncias as medidas aprendidas precisam ser aplicadas e o perigo de usá-las sem necessidade. Destacou-se a importância de estarem atentos aos ambientes que frequentam e de agirem com responsabilidades nas circunstâncias que demandem tais atitudes. A metodologia lúdica e interativa, com o uso de exemplos do cotidiano facilitou a interação, percebendo-se interesse ativo e engajamento. Perguntas frequentes e a preocupação em realizar as intervenções corretamente indicaram que a abordagem foi eficaz. Percebeu-se que existem demandas de outras atividades como essa, uma vez que há uma carência de conhecimentos sobre como agir frente às situações do cotidiano. A atividade propiciou trocas de saberes e informações sobre os primeiros cuidados frente às ocorrências e também estimulou efeito multiplicador, sendo possível o compartilhamento de conhecimentos com a família e amigos, contribuindo para uma cultura de segurança e prevenção desde a infância e adolescência. Também se enfatizou a importância de pedir socorro às autoridades competentes, assegurando resposta rápida e eficiente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O perfil de descontinuidade apresentando no banco de dados da Anvisa sinaliza que há uma estratégia de mercado das empresas quanto a presença ou ausência dos antibióticos comercializados

no país. Ao mesmo tempo alerta para o fato de que as discontinuidades ocorrem com uma classe de antibióticos amplamente utilizada e consolidada no mercado. Trata-se de medicamentos que não apresentam patentes vigentes, não podem ser considerados de tecnologia inovadora e pouco explorada; pelo contrário, são medicamentos considerados antigos e com uma tecnologia amplamente difundida. Sendo assim, poderiam estar sendo desenvolvidos por produção nacional. Outro ponto que merece destaque são os dados no período da pandemia que pode indicar uma subnotificação, levando a uma limitação desse estudo. Por fim e não menos importante, a dependência do setor farmacêutico para além de significar transferência de valor se coloca como um grande desafio para integralidade do tratamento e o direito a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Freitas CM de, Rocha V. Agentes locais em desastres naturais: defesa civil e saúde na redução de riscos (livro do aluno). Fiocruz; 2014.
2. Freitas CM de. Guia – Preparação para resposta à emergência em saúde pública por inundações graduais. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2021.
3. Ribeiro CDM, Maksud I, Koifman L, Alves MGDM, Gouvêa MV. O trabalho de campo como dispositivo de ensino, pesquisa e extensão na graduação de Medicina e Odontologia. Interface (Botucatu). 26 de novembro de 2013;17(47):947–57.

CORPO EM FOCO: O MOVIMENTO BODY POSITIVE NA PUBLICIDADE BRASILEIRA

Isadora Sukita Rezende Santos¹

Raquel Marques Carriço Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O movimento Body Positive surgiu como uma reação contra padrões estéticos rígidos que marginalizam corpos que não se encaixam nos ideais tradicionais de beleza. Esse movimento visa promover uma visão mais inclusiva e positiva da própria imagem corporal. Ao longo dos últimos anos, tem ganhado força como uma importante ferramenta para desafiar os conceitos de beleza padronizada, especialmente no contexto da publicidade. [1] No Brasil, o movimento se tornou um meio eficaz para questionar o que é considerado belo, e se faz cada vez mais presente nas campanhas publicitárias.

Embora o movimento seja recente, seus efeitos já são visíveis nas campanhas de grandes marcas nacionais. O estudo Sem Cabimento [2], realizado pela consultoria Dubu em 2024, revela que empresas como Natura, O Boticário, Adidas, Nike e Nestlé são as preferidas do público brasileiro quando se trata de promover a aceitação do corpo. Além dessas marcas, a Dove desempenha um papel de destaque desde 2004 [3], ao impulsionar o conceito de “real beleza” na publicidade, o que faz com que essa marca seja fundamental para a discussão sobre o Body Positive. Para analisar como esse movimento tem sido incorporado na publicidade brasileira, foi realizada uma análise de conteúdo focada em peças publicitárias dessas marcas.

OBJETIVO

Este trabalho objetiva compreender como o movimento Body Positive tem se incorporado na publicidade brasileira, a partir da análise do conteúdo de peças publicitárias de marcas nacionais no tocante à diversidade corporal, principalmente feminina.

METODOLOGIA

Este trabalho utilizou a análise de conteúdo categorial para examinar como o movimento Body Positive tem sido refletido nas campanhas publicitárias veiculadas no Brasil. A categorização é um processo de agrupar elementos com características semelhantes, o que permite uma análise detalhada e sistemática dos dados coletados. [4] As campanhas selecionadas foram organizadas conforme as categorias desenvolvidas por pesquisadores do tema [5], considerando dimensões verbais (escrita ou falada) e imagética. As campanhas escolhidas, veiculadas entre 2013 e 2023, foram selecionadas por sua relevância em representar práticas inclusivas alinhadas aos princípios do movimento Body Positive. A categorização proposta permitiu uma compreensão mais detalhada sobre como os valores do Body Positive estão presentes nas campanhas publicitárias, além de oferecer ideias sobre as abordagens adotadas, lacunas existentes e os impactos possíveis dessas campanhas.

1 Universidade Federal de Sergipe. E-mail: sukitaisadora@gmail.com.

RESULTADOS

A análise das campanhas revelou progressos significativos no que diz respeito à inclusão promovida pelo movimento Body Positive, mas também indicou obstáculos importantes, especialmente em categorias menos abordadas, como pessoas com deficiência, *drag queens* e idosos. Esses desafios apontam que, embora haja avanços, ainda há um longo caminho a ser percorrido para alcançar-se uma comunicação verdadeiramente plural e abrangente. A categoria mais comum foi a de diversidade de cor de pele/etnia, identificada em todas as campanhas, representando 36,8% do total. A representação de corpos gordos, uma das questões centrais do movimento Body Positive, apareceu em cinco campanhas (26,3%). A categoria marcas na pele foi observada em 21,1% das campanhas, abordando questões como rugas, cicatrizes e manchas. As categorias deficiência física, senilidade e *drag queens* apareceram apenas uma vez cada uma nas campanhas analisadas (5,3% cada), o que aponta para lacunas significativas. Os resultados evidenciam que a publicidade brasileira está em uma fase de transição.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As campanhas analisadas evidenciam a relevância do movimento Body Positive na reformulação das narrativas sobre beleza e diversidade no Brasil. Contudo, para que essa mudança seja autêntica, as empresas devem ir além de ações pontuais e adotar uma postura corporativa verdadeiramente inclusiva, com o incentivo à diversidade de forma constante em suas comunicações e processos internos. A publicidade brasileira, apesar de ainda não oferecer uma representação totalmente inclusiva, demonstra um caminho progressivo para o fortalecimento desse movimento no país.

Durante a preparação deste trabalho, a autora e coautora usaram ChatGPT para revisão e correção gramatical. Após usarem esta ferramenta, a autora e a coautora revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.

REFERÊNCIAS

- [1] NUNES, M. Narrativas sobre aparência e saúde do corpo feminino: a disputa por capitais sociais em perfis do movimento corpo livre e da cultura fitness no Instagram. São Cristóvão: Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal de Sergipe, 2021.
- [2] DUBU, 2024. Sem cabimento.
- [3] DE SÁ, B. et al. Real ou Irreal? Dove: A campanha da real beleza. In: INTERCOM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DA COMUNICAÇÃO, 5, 2014, João Pessoa. Anais [...], João Pessoa, 2014. p. 1-14.
- [4] BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- [5] PISA, L.; BIAZON, V. A diversidade em publicidades e marcas: há um ethos adequado? In: VII CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE ESTUDOS EM COMUNICAÇÃO E MERCADO, 2017, São Paulo. Anais [...], São Paulo, 2017. p. 16-27.

¿“CORTECITO”? PERCEPCIONES Y DISCREPANCIAS SOBRE EL USO DE EPISIOTOMÍA ENTRE PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA EN HOSPITALES PÚBLICOS CIUDAD DE MÉXICO

Erika S. Valtierra¹

Ithandehui Jaimes

Gregorio T. Obrador

Lilia Elena Monroy

Luis E. Caballero

Rodrigo A. González de Ita

Mario I. Lumbreras

INTRODUCCIÓN

La episiotomía como proceso rutinario impacta a las mujeres gestantes: afecta negativamente el bienestar emocional materno; causa trauma y dolor perineal, así como infecciones; prolonga el tiempo de cicatrización; dificulta el cuidado del recién nacido, la lactancia y la formación del vínculo madre-bebé; disminuye el disfrute sexual, y genera temor hacia futuros partos ⁽¹⁾. En los hospitales públicos de la Ciudad de México, hubo una disminución de 16.02% en episiotomías entre 2010 y 2019; sin embargo, 80% se realizaron sin justificación y más de 90% se hicieron sin una carta de consentimiento informado adecuado.

La episiotomía es un procedimiento clínico más que refleja la falta de colaboración entre las áreas de Medicina y Enfermería para una atención integral en salud, sostenido por un currículo oculto y entornos laborales que establecen una desigualdad de poder entre ambos gremios, donde el personal de Medicina se percibe como “superior” al estar a cargo de la toma de decisiones ⁽²⁾.

Para promover cambios en patrones conductuales en el personal de salud, se pueden realizar intervenciones basadas en las ciencias conductuales, donde las/os participantes tengan un papel activo a través de espacios de discusión, reflexión y formación, así como mecanismos para recibir retroalimentación e información basada en evidencia ⁽³⁾.

OBJETIVO

Identificar los factores institucionales (clínicos y no clínicos) que influyen en la toma de decisiones sobre la episiotomía en dos hospitales públicos de la Ciudad de México. Comparar la perspectiva del personal de Enfermería con el de Medicina respecto a la implementación de la episiotomía en dichos hospitales. Desarrollar, de manera participativa, una intervención que reduzca el uso rutinario de episiotomías, desde un enfoque de servicios de salud humanizados.

1 Centro de Salud Global, Socios En Salud (SES). E-mail: evaltierra_ses@pih.org

METODOLOGÍA

Como parte de un estudio piloto, se realizó un estudio cualitativo en dos fases.

FASE 1: 22 entrevistas semiestructuradas a personal de Medicina y Enfermería del servicio de gineco-obstetricia, en dos hospitales públicos de Ciudad de México. Se utilizó muestreo intencional determinado por género, cargo y años de experiencia en el servicio. Los temas abordados incluyeron: criterios de decisión sobre episiotomías; comunicación y consentimiento de las gestantes; consecuencias del procedimiento y su relación con determinantes sociales. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de manera textual; se analizaron de manera inductiva para identificar patrones en la toma de decisiones y obtener datos que informaran el diseño de la intervención.

FASE 2: una entrevista grupal en cada hospital (12 participantes), orientada al diseño conjunto de dos intervenciones para disminuir la frecuencia de episiotomías de rutina. La intervención 1 está enfocada en talleres informativos sobre uso, consideraciones éticas y consecuencias del procedimiento; la intervención 2, en la retroalimentación constante y estructurada del número de episiotomías realizadas por el personal.

RESULTADOS

La percepción de las episiotomías realizadas varía, con algunas estimaciones por arriba de 50% y diferencias notables entre personal de Enfermería y Medicina. Se encontraron discrepancias sobre criterios clínicos, relevancia educativa y la influencia de determinantes sociales de la salud.

Realizar o no el procedimiento recae en personal médico adscrito, quien considera variables como: edad de la gestante, número de gestas, flexibilidad del periné, peso del feto, etc. Algunas veces, la decisión está a cargo de médicas/os residentes o internas/os de pregrado, lo que resulta en más complicaciones durante y después del procedimiento. Los elementos no clínicos que influyen en la realización de episiotomías comprenden: reducción del tiempo de trabajo de parto, aumento de la productividad administrativa y uso de la episiotomía como herramienta de enseñanza.

La participación informada de las gestantes en su parto y puerperio es limitada. El consentimiento informado se obtiene predominantemente de manera verbal y durante el trabajo de parto, con frases como: “Le haré *un cortecito*”. El momento en que se da información sobre cuidados de la herida es variable.

El personal expresó interés en recibir retroalimentación estructurada; sugirieron que se presente de manera anónima y a nivel hospitalario, con datos sobre complicaciones asociadas al procedimiento y los beneficios de reducir su uso. En cuanto a estrategias educativas, destacó la utilidad de capacitaciones con simulación y la formación en cuidados y consideraciones éticas en la atención al parto. Las principales barreras para la implementación son la carga de trabajo y disponibilidad de tiempo; los factores motivadores incluyen la mejora en la calidad de la atención y el desarrollo profesional.

CONSIDERACIONES

Los factores que influyen en la realización de episiotomías en dos hospitales públicos de la Ciudad de México no se limitan a criterios clínicos: cuestiones educativas, presiones administrativas y tradición médica también son relevantes. La percepción del papel de dichos elementos y de las tasas de episiotomías varían entre los gremios de Enfermería y Medicina.

Para reducir el uso innecesario de episiotomías, se recomienda implementar estrategias de retroalimentación y capacitación para profesionales de la salud. El uso de un enfoque participativo para el diseño de estas intervenciones permite involucrar a los actores clave en el diseño de las intervenciones, aumentando su aceptación y viabilidad. Las futuras fases de este proyecto evaluarán la efectividad de estas estrategias, su impacto en la calidad de la atención obstétrica y la experiencia de las mujeres durante el parto.

REFERENCIAS

- (1) Vu DH, Ta BTT, Aasen IL, Le DQT, Mathisen R, Becker GE, et al. Promoting Respectful Maternity Care by Reducing Unnecessary Episiotomies: Experiences from Centers of Excellence for Breastfeeding in Vietnam. *Healthcare*. 2023;11(18):1-12. Doi:10.3390/healthcare11182520
- (2) Parada-Baños AJ, Galindo-Huertas MS, Bejarano-Beltrán MP, González-Vargas AD, Pérez-Cruz KN, Prieto-Nieto AC, et al. Educación interprofesional en salud materno perinatal: percepción en medicina y enfermería. *Av Enferm* [Internet]. 2024;42(3):1-13. Doi:10.15446/av.enferm.v42n3.113730
- (3) Fernandes S, Benjamin EE, Edwards G. Using evidence to reduce the rate of episiotomy in a Dubai hospital. *eCommons@AKU* [Internet]. 2017. Disponible en: https://ecommons.aku.edu/eastafrica_fhs_sonam/108/

COVID-19 E SEUS LEGADOS NAS FAVELAS: DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E MORTE NA PEDREIRA PRADO LOPES

Elis Borda¹

Líslie Caroline Oliveira Stuart

Núbia Vieira

Leonardo Fernandes Ruiz Diaz

Yuri Versiani Duarte Appolinário

Mariana Clara Campos

Marco Akerman

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 aprofundou desigualdades históricas e tornou visível a centralidade dos territórios populares na produção de saúde e vida. Em favelas como a Pedreira Prado Lopes, a mais antiga de Belo Horizonte, os impactos sanitários e sociais se sobrepuseram a dinâmicas pré-existentes de vulnerabilização, como insegurança alimentar, moradia precária, deslizamentos, violência, cenas de uso de drogas e ausência de políticas públicas eficazes (1). No entanto, também emergiram práticas de resistência, como a cozinha solidária na Ocupação Pátria Livre, que reafirmam o território como espaço de cuidado, mobilização e produção política. Este estudo insere-se no projeto multicêntrico “PÓS-COVID-19 e as favelas brasileiras: a abordagem multidimensional e interseccional dos DSS no enfrentamento deste epifenômeno e das crises contemporâneas—Um estudo multicêntrico em Redes colaborativas” e parte da perspectiva da determinação social dos processos saúde-doença (2), com o objetivo de compreender tanto as sequelas da pandemia quanto às estratégias coletivas de enfrentamento e reexistência na favela.

OBJETIVO

Analisar os impactos sociais e sanitários da pandemia de Covid-19 na favela Pedreira Prado Lopes, com base na determinação social da saúde, buscando compreender as sequelas do pós-Covid-19 e as estratégias de resistência e cuidado coletivas. O estudo visa subsidiar políticas públicas territorializadas e sensíveis às realidades das favelas.

METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem metodológica mista, propondo um inquérito domiciliar e um estudo qualitativo, articulando entrevistas com foco nas experiências vividas por moradores e lideranças comunitárias e uma proposta de história oral de lideranças específicas (3). A análise será

1 Universidade Federal de Minas Gerais. Email: borde.elis@gmail.com

guiada pelos referenciais da determinação social dos processos saúde-doença, permitindo apreender as múltiplas dimensões da vulnerabilização e dos processos protetores, além de indagar sobre o papel da pandemia na rearticulação desses processos em um território urbano atravessado por um contexto de vulnerabilidade complexa, intervenções de transformação urbana, presença do tráfico de drogas e cenas urbanas de uso de crack. Os instrumentos serão validados pelos membros da equipe de pesquisa, particularmente, os pesquisadores populares vinculados como membros da equipe do projeto de pesquisa.

RESULTADOS

A pesquisa busca contribuir para evidenciar os impactos prolongados da pandemia nas favelas, com foco nas sequelas sociais e sanitárias. A partir da análise situada da favela Pedreira Prado Lopes, os resultados devem trazer elementos para compreender melhor os efeitos combinados da negligência estatal, da violência estrutural e dos processos de “urbanização” nesse território urbano marcado por conflitos territoriais complexos. Ao mesmo tempo, pretende-se destacar as formas coletivas de resistência, cuidado e produção de saúde, como as cozinhas solidárias, os espaços culturais e as redes de apoio comunitário, que se expressam, por exemplo, em uma ocupação dentro da favela. Com isso, espera-se produzir insumos para pensar e construir estratégias de promoção emancipatória da saúde, além de fomentar políticas públicas intersetoriais mais sensíveis às realidades locais. A divulgação dos resultados ocorrerá por meio de materiais acessíveis — como infográficos, vídeos e relatórios em linguagem cidadã — em uma proposta de co-produção de conhecimento e materiais com as comunidades participantes na defesa de seus direitos e fortalecer o combate à desinformação e às fake news, além de promover o diálogo com pesquisadores, gestores públicos e movimentos sociais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao abordar a pandemia e o pós-Covid à luz da determinação social dos processos saúde-doença-cuidado e morte em favelas, esta pesquisa propõe um olhar sensível às especificidades dos territórios e busca trazer um olhar que desafia representações frequentemente estigmatizantes e homogeneizadoras sobre as favelas. Inserido em um estudo multicêntrico realizado em nove capitais brasileiras, o caso da Pedreira Prado Lopes será articulado a uma análise comparativa que examina, sob as lentes da determinação social e do território, tanto as particularidades de cada contexto quanto as “instâncias repetidas” (4) que atravessam diferentes experiências urbanas no pós-pandemia. A pesquisa parte de uma proposição colaborativa onde o conhecimento não é apenas construído *para* as comunidades, mas *com* as comunidades (5) e visa contribuir para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-o cada vez mais capaz de reconhecer e responder às especificidades dos territórios populares.

REFERÊNCIAS

- (1) Rolnik R. Guerra dos lugares: a colonização da terra e da moradia na era das finanças. São Paulo: Boitempo Editorial; 2015.
- (2) Breilh J. Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia. São Paulo: Hucitec Editora; 2024.
- (3) Gomes, C. "A escuta da memória": a narrativa oral como fonte de memória. *Discursividades*. 2023;12(1):e1212304.
- (4) Montero S, Baiocchi G. A posteriori comparisons, repeated instances and urban policy mobilities: What 'best practices' leave behind. *Urban Studies Journal*. 2021. doi: 10.1177/00420980211041460
- (5) Porto MF, Fasanello MT, Palm J. Por uma ciência sensível, interdisciplinar e intercultural: desafios epistemológicos para resgatar a sabedoria na relação saúde, sociedade e natureza. 2025.

COZINHA COLETIVA EM COMUNIDADES VULNERABILIZADAS DE SÃO PAULO: A INICIATIVA NA OCUPAÇÃO JARDIM JULIETA

Ana Lígia Passos Meira¹

Adriana Salay Oliveira

Camila Nascimento Monteiro

Joana Pellerano

Carlos Salay Neto

Cristiane Zanon Gispert

Valdirene Frazão

Eduarda de Carvalho Figueiredo

Danielle Cristiane Thomaz

Beatriz de Souza Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A experiência relatada neste trabalho refere-se ao projeto de extensão e pesquisa que ocorre em uma cozinha coletiva recém-inaugurada na ocupação Jardim Julieta, na Zona Norte de São Paulo. Tal projeto deu-se a partir da parceria com a instituição Quebrada Alimentada, gestora da cozinha coletiva com mais duas instituições: Capim Santo e Cozinhas Solidárias do Movimento de Trabalhadores Sem Teto (MTST). A proposta da cozinha coletiva é servir 500 refeições diárias e oferecer cursos de formação para a inserção da população da ocupação no mercado de trabalho.

A ocupação Jardim Julieta, no início da pandemia, formou-se de forma espontânea e estima-se que hoje vivam 860 famílias, segundo os dados coletados pelas lideranças comunitárias. Neste contexto, a extensão curricular da Faculdade de Ciências da Saúde Sírio-Libanês (FSL) estabeleceu uma nova relação com o ensino, pesquisa e extensão para o aprofundamento da cidadania e transformação da sociedade através de uma relação efetivamente dialógica com a população da ocupação e com os projetos vinculados. Dessa forma, pretende-se relatar essa experiência com o intuito de, através do escopo do projeto de ensino, pesquisa e extensão, apontar as possibilidades inerentes da atuação acadêmica na vida social.

OBJETIVO

A proposta tem como objetivo indicar como, através de uma relação efetivamente dialógica, o programa de curricularização da extensão da FSL e a integração com ensino e pesquisa permitiram que se criasse uma proposta de intervenção no projeto da cozinha solidária com contribuição real e efetiva para a sociedade. O objetivo do projeto em questão é medir o impacto direto e indireto, principalmente na saúde, da implementação da cozinha coletiva Jardim Julieta.

METODOLOGIA

A pandemia provocada pela covid-19 acirrou os problemas sociais e econômicos no Brasil, entre eles a fome. Segundo a Rede Penssan (1), a Insegurança Alimentar em seus diferentes níveis afetava, naquele momento, mais da metade da população brasileira. Ao mesmo tempo em que o problema se agravou, intensificou-se também a organização de diversas ações da sociedade civil para lidar com esses problemas. Com diferentes modelos de organização, anteriormente existentes ou criados nesse contexto, as ações e projetos de assistência alimentar deram acesso imediato, ainda que insuficiente, a muitas famílias que se viram em situação de fome (2).

Entender esses modelos e associá-los no sentido de compreensão da situação que uma gama da população brasileira vive, especialmente, população periférica da vulnerabilidade social, nos leva a um caminho de construção de conhecimento capaz de colocar o educando num papel constructo de realização de atividades educacionais de extensão aptas para busca de ações comunitárias realísticas e de formação profissional.

A partir da observação da ligação entre o problema de falta de acesso ao alimento e da atuação de grupos na assistência alimentar, fica o questionamento: quais são as consequências do acesso ao alimento em uma comunidade? Como observar a relação entre segurança alimentar e outros indicadores sociais e de saúde? Nesse sentido e buscando responder a esses questionamentos, a população de uma ocupação no bairro Jardim Julieta, na Zona Norte de São Paulo, é o espaço de nosso projeto. Essa localidade se torna um objeto de pesquisa pertinente, pois recentemente foi inaugurado no local um novo projeto de acesso ao alimento, uma cozinha coletiva. Esse projeto é liderado pela Associação Quebrada Alimentada, iniciativa do restaurante Mocotó que surgiu na pandemia como uma ação emergencial e ganhou projeção internacional. Para essa nova frente, a ONG conta com a parceria do Instituto Capim Santo e de outras organizações, como as cozinhas solidárias do MTST. Dessa forma, é possível financiar a iniciativa e promover ações de assistência na ocupação referida.

Dito isso, nossa experiência de extensão nesse território se faz no sentido de que a partir do diálogo com esses grupos e com as lideranças comunitárias, foi identificado que a FSL poderia ter um papel central no acompanhamento dos impactos que o projeto pode ter na população da ocupação. Ao mesmo tempo, esse projeto permite ao corpo docente e discente ampliar o olhar para discussão da formação acadêmica e da experiência em territórios vivos de desigualdades e iniquidades sociais dentro do tripé ensino, pesquisa e extensão.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Por se tratar de uma ocupação recente e com pouca atuação de movimentos sociais organizados, ONGs ou o governo, há, nesse local, uma série de vulnerabilidades. Dentre elas, problemas de acesso à água, esgoto, equipamentos de saúde e alimento. Sendo assim, a entrada de um novo projeto social antes da instalação de equipamentos públicos intersetoriais é um momento oportuno para acompanhar

a população, entre essa também os assistidos pela distribuição de refeições prontas, ou seja, as famílias e os indivíduos residentes neste local e que acessarão tal equipamento.

Espera-se que a mudança ascendente no nível de segurança alimentar esteja acompanhada da mudança de outros indicadores que são identificados no projeto de extensão. Os resultados tornar-se-ão uma ferramenta estratégica para balizar projetos da sociedade civil e políticas públicas ao observar quem e como se beneficia do acesso à alimentação adequada e saudável.

REFERÊNCIAS

- (2) Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. II Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN). São Paulo: Fundação Friedrich Ebert; Rede PENSSAN; 2022.
- (3) Leme AS, Ribeiro Junior JRS, Blanco LF, Antipon LC. Fome e Assistência Alimentar na Pandemia. São Paulo: Sefras; 2022.

CRENÇAS E ATITUDES SOBRE A TUBERCULOSE EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Renato Santos de Almeida¹

Natália Araújo Martins Guedes

Juliana Arcanjo dos Santos Reis

Aline Monteiro da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é considerada uma doença infecciosa e transmissível, causada pela bactéria *Mycobacterium* ou bacilo de Kock, afetando principalmente os pulmões, mas também pode acometer outros órgãos e sistemas. A vulnerabilidade à tuberculose é afetada por aspectos biológicos, como desnutrição, infecção pelo HIV ou idade. Outras vezes a vulnerabilidade é do tipo social. O conceito de vulnerabilidade social é complexo, multidimensional, não apenas relacionada à falta ou precariedade no acesso à renda, mas também ligada às fragilidades de vínculos afetivos e relacionais, bem como à desigualdade no acesso a bens e serviços públicos [1-3].

As mulheres em situação de vulnerabilidade social são afetadas em grande prevalência por doenças infectocontagiosas, assim também acontece com as pessoas em situação de pobreza que possuem menos acesso a informações e têm o acesso a informações muitas vezes de senso comum. Quando trata-se da TB os estudos apontam que existe um estigma a respeito do tema, mesmo a TB sendo curável, os profissionais da saúde e também os pesquisadores notam que ainda existem crenças negativas sobre a doença, principalmente em áreas mais pobres. Assim, a identificação das percepções e crenças da população vulnerável sobre esta condição de saúde é fundamental para maior efetividade das políticas voltadas para educação em saúde. [4].

OBJETIVO

Identificar as crenças e atitudes relacionadas à tuberculose de mulheres em situação de vulnerabilidade social.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com realização de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto Superior de Ciências da Saúde Carlos Chagas (CAAE 74483423.4.0000.0251).

O estudo contemplou as mulheres em situação de vulnerabilidade social, regularmente acompanhadas pelas equipes de saúde da família e comunidade, educação e atenção psicossocial vinculadas ao Projeto Menina-Moça Mulher (PMMM), coordenado pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Carlos Chagas.

1 Instituto Federal do Rio de Janeiro. E-mail: renato.almeida@ifrj.edu.br.

A análise dos dados, obtidos após a realização de entrevistas semi-estruturadas, foi realizada por meio do método de análise de conteúdo, incluindo a análise temática, seguindo o procedimento descrito por Bardin [3]. A unidade de análise foi o texto transcrito, integralmente, das entrevistas.

Os dados foram analisados, sistematicamente, para configuração de unidades de significado. As unidades de significado foram codificadas e organizadas em temas e subtemas de acordo com os objetivos do estudo.

RESULTADOS

Participaram 44 mulheres com faixa etária entre 18 e 60 anos. Observou-se que a maioria das participantes se autodeclararam pretas (38,6%). Quanto à situação socioeconômica, a maior parte relatou viver com renda mensal de até um salário mínimo.

A análise realizada mostrou níveis diferentes de conhecimento acerca do tema entre as entrevistadas, alternando entre uma compreensão genérica da Tuberculose até a existência de desinformação e desconhecimento. Uma parte significativa das entrevistadas mostrou conhecimento mínimo sobre a Tuberculose, com associação a problemas respiratórios e pulmonares. Relatos que indicam um entendimento básico que a TB afeta os pulmões. (Trechos das falas das entrevistadas [E]: “E18. *Acho que é uma doença do pulmão.... Uma doença contagiosa que atinge os pulmões*)

Embora exista um conhecimento básico da doença, muitas participantes responderam com crenças equivocadas e mitos. Alguns participantes compararam a Tuberculose com a AIDS, o que demonstrou a distorção a respeito do tema. Além disso, outras respostas indicaram informações imprecisas como o tabaco causador da doença e também pessoas sexualmente ativas. (Trechos das falas das entrevistadas: “E8. *Acho que é uma pneumonia agravada... de quem fuma.* / E.14 ... *Qualquer pessoa em atividade. sexual.*)

Os relatos das participantes indicaram medo em relação ao diagnóstico da tuberculose, associado à percepção de que a doença é grave e pode levar à morte. Algumas entrevistadas mencionaram que evitam procurar atendimento médico por medo do que pode ser descoberto, enquanto outras demonstraram desconhecimento sobre a importância do diagnóstico precoce. (E 34. *Tenho medo de ficar isolada. ... Eu Pedia a Deus através de uma oração e procurava a clínica da família para ajudar*)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados identificaram um conhecimento limitado sobre a Tuberculose, permeado por crenças equivocadas, além de impactos emocionais e sociais relacionados ao diagnóstico. Observou-se que, embora alguns participantes associassem a doença a problemas respiratórios, o conhecimento sobre a TB era, em sua maioria, superficial e impreciso. A análise de conteúdo das entrevistas evidenciou três temas gerais: (1) Conhecimento superficial da doença; (2) Desinformações.; (3) Impacto psicossocial e estigma da tuberculose.

REFERÊNCIAS

- [1] Andrade DR et al. Religiosidade e espiritualidade no enfrentamento de doenças crônicas: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(7):2935-2948.
- [2] Anttonioni JS et al. Socioepidemiological profile of tuberculosis cases in the São Patrick II health region, Goiás, Brazil from 2001 to 2020. *Health Sciences.* 2022;11(4).
- [3] Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2009.
- [4] Barreto LB. Estigma relacionado à tuberculose: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):1-9.

CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DESENVOLVIDOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Laysa Costa de Abreu Arruda¹

Ana Clara Sarmento Mendes dos Santos

Beatriz da Silva Ferreira

Beatriz Mathias Carvalho

Maiara de Santana dos Santos

Lucas Marques Ferreira de Carvalho

Laura Cavalcante Honório Macedo

Rogério Bittencourt de Miranda

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Fabiana Ferreira Koopmans

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esse estudo é um Projeto de Iniciação Científica (IC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), tendo como objeto de pesquisa: “Cuidado a pessoa em situação de rua”.

Entende-se população em situação de rua (PSR) como grupo populacional heterogêneo com características como: pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, sem moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e/ ou áreas degradadas, de forma temporária ou permanente, como moradia e sustento, podendo ou não fazer uso de unidades de acolhimento para pernoite ou moradia provisória(1).

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou um Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua pretendendo ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a este grupo populacional, apontando a Atenção Básica à Saúde (ABS) como um espaço prioritário para o cuidado e a criação de vínculo com a rede de atenção à saúde, oficializando as equipes de cuidado à PSR como equipes de Consultório na Rua (eCnaR). Atualmente, em muitos municípios do Brasil têm eCnaR, para atuar frente aos problemas e as necessidades de saúde da população em situação de rua *in loco*.(2)

OBJETIVO

A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o cuidado a pessoas em situação de rua, desenvolvido por profissionais da Atenção Básica à Saúde, da Área Programática 2.2, do município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Essa pesquisa é da natureza qualitativa, utilizando a abordagem etnográfica e sua discussão e análise seguiu a análise etnográfica de domínio(3). O cenário eleito para o estudo foi o município do Rio de Janeiro, priorizando duas Unidades de Atenção Básica (UBS) do entorno da UERJ. Os participantes desta pesquisa foram 20 profissionais de saúde que fazem parte de duas equipes pertencentes a essas UBS. As técnicas de pesquisa compreenderam entrevistas e observação etnográfica. As entrevistas que foram desenvolvidas através de um roteiro semiestruturado. A técnica de observação etnográfica, que é a observação participante, foi realizada no momento de imersão no cenário do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, sob número: CAAE 48468621.6.3001.5279. Na análise de domínio, duas categorias ficaram mais explícitas e nas quais foram feitas as narrativas etnográficas: Dificuldades encontradas no cuidado a pessoas em situação de rua; e Elementos essenciais no cuidado a pessoas em situação de rua.

RESULTADOS

Sobre os principais resultados da pesquisa de campo, perpassam as análises das entrevistas e do diário de campo da etnografia. A pesquisa foi realizada em dois períodos distintos em duas UBS, na qual constatou-se que no primeiro momento de coleta e atuação da pesquisa, a Unidade não tinha a presença de CnaR, o que evidenciou alguns problemas na articulação de ações de cuidado a pessoas em situação de rua. As dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, para o desenvolvimento de práticas de cuidado a pessoas em situação de rua, demonstraram-se não somente como dificuldades individuais, ligadas ao profissional diretamente, mas em situações do próprio serviço de saúde, a questões gerenciais e de manejo, específicas a questões do processo de trabalho com pessoas em situação de rua. Dificuldades relatadas pelos profissionais nas suas falas, apresentadas como barreiras no cuidado e no acesso, como a exigência de documentos para atendimento médico e de saúde, assim como o próprio preconceito do profissional relacionado ao cheiro “fétido” e a vestimenta da pessoa. Entretanto, ao mesmo tempo que os profissionais trouxeram dificuldades na construção de suas práticas de cuidado em saúde, trouxeram também elementos criados na própria prática para minimizar essas dificuldades apresentadas. Quando em suas falas apresentaram a dificuldade de entendimento do que o outro diz e trouxeram a própria dificuldade de falar e se comunicar com esse outro, apresentaram que um dos elementos chave dessa prática estava no entendimento da linguagem do outro, entender quem era esse outro, o que ele trazia e como deveria se comunicar com ele.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No entanto, apesar dos profissionais reconhecerem que precisam criar estratégias de cuidado específica para esse grupo populacional, ainda há no cuidado em saúde a PSR, barreiras como o estigma, discriminação e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, impactando diretamente a efetividade do cuidado e da vida das pessoas que vivem nas ruas. Há a necessidade de superar essas barreiras, garantindo o acesso efetivo e sem discriminação a todas as pessoas e principalmente as PSR. Precisa-

se implementar estratégias multiprofissionais, como os grupos de educação em saúde e o próprio Consultório na Rua, para atender às necessidades específicas dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 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, 24 dez. 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre cuidado a saúde junto a população em situação de rua. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
3. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

CUIDADO LONGITUDINAL E TECNOLOGIAS EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES A PARTIR DO CAPS AD

Maria Alícia Pitombo Leite de Noronha¹

Ana Carolina da Silva Gonçalves

Edvânia Soares Ferreira

Marluce Oliveira dos Reis

George Amaral Santos

Priscila Coimbra Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), localizado em Salvador (BA), realiza semanalmente ações territoriais como parte de sua proposta de cuidado. Essas ações se baseiam em uma tecnologia do vínculo, que aposta no encontro com o sujeito em seu próprio território e contexto. A sistematização do campo permite o acompanhamento contínuo de usuários com demandas complexas, incluindo condições clínicas, sociais e psíquicas. Neste relato, apresentamos a experiência com um usuário em situação de rua, com histórico de uso de múltiplas substâncias psicoativas, priorizando o álcool. A atuação da equipe multiprofissional buscou compreender as particularidades do sujeito, seus desejos e as condições que atravessam sua vida, a fim de construir um plano de cuidado efetivo e pactuado, centrado no fortalecimento da autonomia e da reabilitação psicossocial(1,2).

OBJETIVO

Apresentar tecnologias utilizadas no cuidado territorial, com foco na intensificação do acompanhamento longitudinal e no fortalecimento do vínculo com um usuário do CAPS ad.

METODOLOGIA

A metodologia do relato parte da análise dos registros das visitas semanais realizadas ao usuário, além das reuniões de pré e pós-campo. A experiência ocorreu entre abril e setembro de 2024. Foram realizadas escutas qualificadas, articulações intersetoriais e intervenções com base nos princípios da redução de danos. As informações foram sistematizadas a partir da vivência prática e das reflexões construídas coletivamente com a equipe de campo.

RESULTADOS

Durante os encontros, foram identificadas necessidades como a obtenção de documentação civil, cuidado com a saúde física e mental e fortalecimento de vínculos familiares. O usuário expressou

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: maria.alicia@ufba.br

o desejo de “ter um lugar na sociedade”, o que mobilizou ações junto à Defensoria Pública, Ministério Público, Consultório na Rua e Abordagem Social. Foram solicitadas certidão de nascimento, atendimento médico e de enfermagem, fornecimento de medicações e realização de curativos. Em momentos de agravamento do quadro clínico, houve articulação com a Unidade de Pronto Atendimento. Apesar de avanços significativos, como o fortalecimento do vínculo e maior verbalização das angústias, também ocorreram retrocessos, como o rompimento de laços familiares e a intensificação do uso de substâncias. O documento de identidade, por exemplo, segue pendente. Ainda assim, a permanência da equipe no território e o cuidado contínuo permitiram acompanhar a trajetória do usuário com sensibilidade e respeito à sua autonomia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O cuidado longitudinal exige compromisso com a presença e escuta, reconhecendo que os processos de mudança não são lineares, mas cíclicos. A recursividade, neste contexto, reforça a importância de um cuidado adaptável, sensível às transformações na vida do sujeito (3). A intersetorialidade mostrou-se essencial para garantir o acesso a direitos e ampliar a eficácia das ações em saúde mental. O vínculo estabelecido no território se mostrou uma tecnologia potente, permitindo avanços mesmo diante das fragilidades estruturais do sistema de saúde e assistência(4). A experiência destacou a importância de se caminhar ao lado do usuário, respeitando seu tempo, suas escolhas e suas possibilidades.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS; 2004.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Redução de Danos. Brasília: MS; 2013.
- (3) Rameh-de-Albuquerque RC. Recursividade e redução de danos: uma clínica do cuidado. *Psicol USP*. 2017;28(1):91-100.
- (4) Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2016.

DA SALA DE AULA À PRÁTICA: A EXPERIÊNCIA DE ALUNOS NO ATENDIMENTO COM AURICULOTERAPIA PARA ALÍVIO DE DORES E TRANSTORNOS EMOCIONAIS

Jessica Chagas Affonso¹

Tereza Claudia De Andrade Camargo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato de experiência aborda a atuação de um grupo de estudantes em um projeto de extensão universitária focado na aplicação da auriculoterapia para o tratamento de transtornos da saúde mental, como estresse, ansiedade e depressão. A auriculoterapia, fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), consiste na estimulação de pontos específicos da orelha, que representam, em um microcosmo, diferentes órgãos e sistemas do corpo humano (1,2). Essa prática tem sido amplamente utilizada como uma abordagem complementar à medicina convencional, com evidências científicas demonstrando sua eficácia na redução da dor crônica, controle da ansiedade e melhora do bem-estar geral (3). O projeto buscou integrar essa técnica ao contexto acadêmico e comunitário, proporcionando aos discentes uma vivência prática no atendimento à população. Além de contribuir para a promoção da saúde mental dos pacientes atendidos, a experiência possibilitou aos estudantes o desenvolvimento de competências essenciais para a prática clínica, como escuta ativa, empatia e abordagem humanizada.

OBJETIVO

O projeto teve como principais objetivos explorar a aplicabilidade da auriculoterapia no manejo do estresse, ansiedade e depressão, analisando seus benefícios terapêuticos no contexto comunitário. Além disso, buscou-se incentivar o protagonismo discente na adoção de uma abordagem mais integrativa e centrada na pessoa, estimulando uma formação acadêmica que valorize a humanização do cuidado. Outro objetivo foi compreender o impacto da prática na percepção dos pacientes sobre sua saúde e bem-estar.

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido como uma atividade de extensão universitária, envolvendo atendimentos regulares à comunidade local. Inicialmente, os participantes passaram por uma anamnese detalhada para identificar suas principais queixas e condições emocionais associadas. A técnica de auriculoterapia foi aplicada por meio da fixação de sementes ou esferas metálicas em pontos auriculares específicos, conforme o diagnóstico energético baseado na MTC (2). As sessões foram realizadas semanalmente, permitindo o acompanhamento da evolução dos pacientes ao longo do tempo.

1

E-mail: drajessicaaffonso@gmail.com

Durante os atendimentos, os estudantes também ofereceram escuta ativa e acolhimento, registrando os relatos dos pacientes sobre os efeitos percebidos. Os resultados foram analisados de forma qualitativa, considerando os depoimentos dos participantes e a evolução dos sintomas relatados. A experiência foi documentada com base nos registros de atendimento, possibilitando uma avaliação crítica do impacto da auriculoterapia no contexto do projeto.

RESULTADOS

A experiência demonstrou impactos positivos tanto para os pacientes quanto para os discentes envolvidos. Muitos participantes relataram redução significativa dos sintomas de estresse, ansiedade e insônia após algumas sessões de auriculoterapia (3). Os efeitos mais frequentemente mencionados incluíram relaxamento profundo, melhora da qualidade do sono, redução da tensão muscular e aumento da sensação de bem-estar geral. Além dos benefícios físicos e emocionais, foi observada uma melhora no vínculo terapêutico entre pacientes e estudantes, destacando a importância da escuta qualificada e do acolhimento no atendimento. A prática também proporcionou aos discentes o desenvolvimento de habilidades clínicas essenciais, como comunicação empática, sensibilidade na abordagem ao paciente e maior compreensão sobre os impactos do sofrimento emocional na saúde geral. O projeto evidenciou que a inserção de práticas integrativas na formação acadêmica contribui para uma visão mais ampla da assistência à saúde (4), permitindo que os estudantes compreendam a importância de integrar diferentes abordagens terapêuticas ao cuidado clínico convencional. Além disso, a experiência reforçou o potencial da auriculoterapia como uma estratégia acessível e de baixo custo para a promoção da saúde mental em comunidades vulneráveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A participação no projeto de auriculoterapia permitiu vivenciar, na prática, os benefícios das práticas integrativas na promoção da saúde mental e do bem-estar dos pacientes. Observamos que a técnica não apenas contribuiu para a melhora dos sintomas físicos e emocionais, mas também fortaleceu o vínculo entre profissionais e pacientes, criando um ambiente de cuidado mais humanizado. A experiência reforçou a necessidade de ampliar o acesso às práticas integrativas na assistência em saúde (4), especialmente em comunidades com poucos recursos. Além disso, destacou a importância de incluir abordagens complementares na formação acadêmica, preparando os futuros profissionais para um cuidado mais abrangente e centrado na pessoa. O projeto demonstrou que a integração entre terapias convencionais e práticas integrativas pode contribuir significativamente para uma assistência mais eficaz e humanizada, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
- (2) Nogier P. Auriculoterapia. São Paulo: Ícone; 2010.
- (3) Sanches ML, et al. Eficácia da auriculoterapia na redução da ansiedade e estresse: uma revisão sistemática. Rev Bras Ter Altern. 2020;24(3):56-67.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

DEFICIÊNCIAS FÍSICAS POR HANSENÍASE AINDA NO SÉCULO XXI?

Lilian Pinheiro Rodrigues do Nascimento¹

Veronica Schmitz

Ximena Illarramendi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A hanseníase é doença infecciosa e transmissível causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que produz lesões ou áreas da pele com alteração de sensibilidade e neuropatia periférica nos troncos nervosos que suprem a face, mãos e pés.[1] Embora curável após tratamento gratuito oferecido no SUS, a hanseníase permanece um desafio de saúde pública no Brasil, especialmente quando seu diagnóstico é tardio.[2] Por ser doença que causa deficiências e incapacidade, que ocorre em condições de pobreza e de escassez de serviços de saúde, a combinação com iniquidades relacionadas com a etnia, a idade, o gênero e a baixa escolaridade, tem um impacto maior sobre a pessoa acometida. [3]

O diagnóstico tardio da hanseníase contribui para o desenvolvimento de incapacidades e deficiências visíveis (DV) permanentes, decorrentes do agravamento do dano neural e da ausência de tratamento oportuno. Na última década, a proporção de pessoas diagnosticadas com DV—classificadas como grau 2 de incapacidade física (GIF2)—aumentou de 6,6% em 2014 para 11,2% em 2023,[4] indicando tendência de detecção tardia. Compreender as DV apresentadas por pessoas acometidas por hanseníase permite identificar necessidades de reabilitação, subsidiando estratégias de reparação de danos, o planejamento de ações e a alocação de recursos que assegurem direitos fundamentais e promovam a inclusão social das pessoas acometidas.

OBJETIVO

Descrever as deficiências físicas visíveis e o perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial assim como o itinerário terapêutico apresentadas pelos casos novos diagnosticados com DV em um centro de referência nacional para hanseníase.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional transversal descritivo a partir de banco de dados e prontuários. A população do estudo foi composta dos pacientes registrados no Ambulatório Souza Araújo (ASA), Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2010 e 2019. Foram incluídos todos os casos novos de hanseníase avaliados quanto ao GIF no momento do diagnóstico e selecionados aqueles diagnosticados com DV (GIF2), que tiveram seus dados digitados no Sistema de gestão de dados do ASA. Casos com mais de 10% das informações incompletas no sistema após revisão dos prontuários, foram excluídos. A análise foi feita usando o programa Epi Info[™] versão 7.2.6.0. Foram calculadas as

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: lilian.pinheiro@ioc.fiocruz.br

frequências absolutas e relativas com intervalos de confiança (IC) e as medidas de tendência central e a variação.

RESULTADOS

Dos 512 pacientes diagnosticados e registrados para tratamento no ASA no período de 2010 a 2019, incluídos no estudo, 71 (13,9%) casos apresentavam GIF2. A idade média destes pacientes foi de 52 ($\pm 17,6$), variando entre 12 e 90 anos. A maioria (76%; IC95% 64,5-85,4%) foi do sexo masculino, com baixa escolaridade (80%; IC95% 69,1-88,8%) e eram negros (61%; IC95% 48,3-72%). Mais da metade dos pacientes (52%; IC95% 38,7-64,2%) consultou dois ou mais profissionais de saúde antes do diagnóstico da doença. Os pacientes tiveram um prolongado período de tempo entre a percepção dos sintomas e o tratamento (mediana 1,75 anos; máxima de 20 anos). Devido à presença de *M. leprae* no exame de esfregaço cutâneo ou na biópsia de nervo, foi indicado tratamento multibacilar para a maioria dos pacientes (71,8%; IC95% 59,9-81,8%).

As mãos foram os locais mais acometidos por DV, sendo a atrofia muscular (61%) e garra ulnar (48%) as mais frequentes. Nos pés as principais DV foram pé caído (24%), garra de artelhos (20%) e úlcera plantar (18%). Observamos elevada proporção de pacientes (66%) com deformidades bilaterais, dos quais 5 casos (11%) tinham acometidos dois segmentos do corpo e 2 casos (4%), três segmentos, ou seja, DV nos olhos, nas mãos e nos pés. Seis deles eram do sexo masculino, a maioria autodeclarada da cor parda, tinha entre 30 e 59 anos e baixa escolaridade, e referia ter sintomas havia mais de 12 meses. Apesar do extenso comprometimento neurológico, referiam trabalhar com vínculo informal, ser o único responsável pela renda familiar e ter procurado apenas 1 serviço de saúde para o diagnóstico. Apesar de não ser considerado critério para GIF2, cinco (7%) pacientes tiveram desabamento nasal, todos do sexo masculino, autodeclarados brancos e com alta carga bacilar (5,0-5,75).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A hanseníase é questão de saúde pública, mas também uma questão social, cultural e de direitos humanos. As DV provocadas pela hanseníase acarretam alto custo pessoal, afetam a saúde mental, limitam a capacidade de trabalho e participação social e contribuem fortemente para o estigma e discriminação dos indivíduos acometidos.[5] A descrição das DV apresentadas por estes pacientes, traz evidência clara sobre o aumento da carga de morbidade imposta pelo atraso no diagnóstico da hanseníase, que acomete principalmente populações negligenciadas [2]. O conhecimento sobre as DV fornece elementos para alocação de recursos, visando garantir a igualdade de oportunidades e a atenção integral às pessoas com DV decorrentes da hanseníase. Além disso, ratifica a importância do diagnóstico precoce como estratégia central para controle da hanseníase para promover uma sociedade mais justa e saudável, onde todos os indivíduos têm a oportunidade de alcançar seu pleno potencial de saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

- [1] Sales AM, Rodrigues MMJ, Nery JAC. Ilarramendi, X. Hanseníase, In: Galhardo MCG, Valle FF, Valle ACF. Dermatologia & Doenças Infecciosas Fundamentos e Condutas. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. p.125-143.
- [2] Sanchez MN, Nery JS, Pescarini JM, Mendes AA, Ichihara MY, Teixeira CSS, et al. Physical disabilities caused by leprosy in 100 million cohort in Brazil. BMC Infect Dis. 2021;21(1):290.
- [3] Othero MB, Ayres JRCM. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. Interface. 2012;16(40):219-33.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Hanseníase. Brasília, DF: MS; 2025.
- [5] Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. Glob Health Action. 2012.

DEMANDAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DOS HOMENS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR POTIGUAR: VISIBILIDADES E APAGAMENTOS A PARTIR DE UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

Lívia Cristina Santos da Silva¹

Clarisse Souza de Azevedo

Átila Augusto Araújo Dantas

Erivânia Ferreira da Costa

Luana Eduarda Medeiros dos Santos

Túlio Romério Lopes Quirino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde dos homens, no Brasil, tem sido objeto de análise e preocupação acadêmico-científica ao longo das últimas décadas, especialmente a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)¹. Dentre as razões para isto, menciona-se a suposta ausência dos homens dos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme relata boa parte da literatura nacional sobre o tema. Esta produção enfatiza o distanciamento da população masculina das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, as quais são mais frequentes neste âmbito da atenção, devido à persistência de barreiras individuais, socioculturais e institucionais, conforme destacam Couto e Gomes². Considerando o que se propõe como objetivo da PNAISH, o presente trabalho deriva de um estudo, ainda em desenvolvimento, que pretende investigar, em dado contexto, a prática da gestão em saúde na operacionalização desta política, questionando as iniciativas propostas para incluir a pauta da saúde do homem na agenda do sistema local de saúde. Neste sentido, o estudo se volta à análise das visibilidades e apagamentos produzidos quanto às demandas e necessidades de saúde dos homens apresentadas em um município do interior do Rio Grande do Norte, a partir de dois instrumentos de gestão pública na saúde: os planos de saúde e os relatórios de gestão.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo investigar de que modo as demandas e necessidades de saúde da população masculina estão inscritas como compromissos da gestão pública em saúde, no contexto de um município do interior do Rio Grande do Norte. Pretende-se, por meio deste, problematizar a produção de (in)visibilidades à saúde dos homens, por meio da análise de documentos normativos e políticos, com vistas a contribuir para o debate acadêmico e social sobre o tema em uma perspectiva locorregional.

1 Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: livia.silva.117@ufrn.edu.br

METODOLOGIA

O estudo adotou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo, desenvolvido a partir de uma pesquisa documental baseando-se na perspectiva Construcionista em Psicologia Social. Tomando por contexto de investigação o município de Santa Cruz/RN, localizado na Microrregião do Trairi Potiguar, este trabalho é parte de uma pesquisa mais ampla, ainda em desenvolvimento, e refere-se a uma análise de instrumentos da gestão da saúde, aqui tomados como documentos de domínio público. A coleta de dados ocorreu junto a páginas oficiais da prefeitura do município, onde foram localizados documentos referentes a dois instrumentos da gestão previstos no Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): o Plano de Saúde (PS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) ³. Foram considerados para análise, os documentos referentes ao período entre os anos de 2018 e 2025. A análise ocorreu em duas etapas: a) leitura exaustiva e, identificação de construções textuais sobre a saúde dos homens inscritas nos documentos; e, b). análise de caráter discursivo, com vistas a destacar visibilidades e/ou apagamentos produzidos para as demandas e necessidades de saúde dos homens no contexto local.

RESULTADOS

As informações produzidas neste trabalho seguiram em torno de interrogações sobre como a saúde dos homens vem sendo planejada e executada pelo governo municipal, a partir da presença/ausência de ações, aqui reconhecidas como intenções (no PS) e materializações (no RAG), inscritas nos documentos da gestão.

A análise dos documentos demonstra o pouco destaque dado à saúde dos homens pelas instâncias governamentais, observando-se escassas e insuficientes ações para atuar de modo efetivo na produção de cuidados a este público, especialmente sob a perspectiva da prevenção e da promoção da saúde. Tomando como exemplo o Plano Municipal de Saúde mais recente (2022-2025), demonstra-se a invisibilidade que a população masculina adquire na proposição de ações de saúde, o que também é observado na publicação referente ao período anterior (2018-2021). Neste documento, do conjunto de diretrizes, propostas e metas pactuados, a saúde do homem aparece apenas em um dos objetivos: “Intensificar 100% de ações visando aumentar a adesão do público masculino aos serviços de saúde na Atenção Básica”⁴. Lacuna que se ratifica ante a ausência de descrições sobre a implementação de ações voltadas aos homens nos Relatórios de Gestão dos anos subsequentes.

Neste sentido, pode-se reconhecer que ainda há bastante a se avançar no âmbito da gestão local, no que tange à consolidação da PNAISH, bem como do desenvolvimento efetivo de iniciativas políticas e institucionais que promovam a saúde dos homens. Esse resultado nos induz a problematizar a implicação e responsabilização das instâncias gestoras na manutenção do argumento de que os homens não buscam os serviços de saúde, afinal, a falta de iniciativas reproduz a ausência de ofertas para este público, de modo a mantê-los afastados dos espaços de cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados deste estudo demonstram a importância de analisar e interpretar as informações em saúde referentes às populações do Estado, dos municípios, e para apontar o quanto a implementação da PNAISH, mesmo após 15 anos, ainda segue com dificuldades de ser efetivada. Seguindo o que foi demonstrado pela análise documental, revela-se que há a produção de apagamentos e invisibilidades do público masculino nos dispositivos de promoção e prevenção em saúde. Outrossim, é necessário que as estruturas de governo, gestores e profissionais analisem estratégias para incluir os homens no cuidado preventivo da sua saúde. Bem como, que sejam realizados estudos sobre as principais causas de adoecimento e mortalidade que acometem os homens em cada localidade, de modo a definir prioridades e, a partir disso, formular planos estratégicos para atuar sobre tal situação, tentando inseri-los de maneira mais efetiva nos espaços de produção da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- (2) Couto MT; Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(10):2569–2578.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- (4) Santa Cruz (Município). Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Santa Cruz, RN: Secretaria Municipal de Saúde; 2022.

DEMOCRACIA, DIREITOS SOCIAIS E SAÚDE: RETOMANDO O CAMINHO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL E DA SOBERANIA DOS POVOS

Isabela de Lima Abreu¹

Cleber Nonato Macedo Costa

Regianne Maciel dos Santos Correa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde pública é influenciada por diversos determinantes sociais que abrangem fatores econômicos, ambientais e políticos, impactando diretamente a qualidade de vida das populações. As desigualdades sociais, a violência, o racismo e as questões de gênero afetam não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também a saúde mental das comunidades. Para enfrentar esses desafios, é essencial a implementação de políticas intersetoriais que reduzam as disparidades e promovam a equidade no atendimento (1).

A pandemia de COVID-19 evidenciou fragilidades estruturais nos sistemas de saúde em escala global, aprofundando desigualdades e dificultando a universalização do acesso a tratamentos e medidas preventivas. A crise sanitária demonstrou como a precarização dos serviços públicos pode comprometer o bem-estar coletivo, reforçando a necessidade de investimentos em infraestrutura, tecnologia e capacitação profissional (2).

O modelo de determinação social da saúde propõe uma abordagem ampla para compreender e combater essas desigualdades. Ele considera fatores históricos, culturais e estruturais que moldam a realidade de diferentes grupos populacionais. Dessa forma, o fortalecimento de políticas públicas deve ir além da assistência médica, abrangendo educação, habitação, saneamento e geração de emprego como pilares fundamentais para o desenvolvimento social e a promoção da saúde (3).

Nesse contexto, garantir direitos sociais e reconhecer a saúde como um bem coletivo exige a construção de políticas públicas equitativas e baseadas na soberania dos povos. A formulação de estratégias participativas, que envolvam comunidades e gestores públicos, é essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo, acessível e eficiente. Somente por meio da cooperação e do comprometimento de diferentes setores será possível enfrentar os desafios impostos pelas desigualdades e assegurar uma vida digna para todos (4).

OBJETIVO

A saúde é impactada por fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam o bem-estar e o acesso a serviços essenciais. Desigualdades, violência, racismo e questões de gênero afetam a equidade, exigindo políticas intersetoriais. A pandemia de COVID-19 expôs fragilidades nos sistemas

de saúde, reforçando a necessidade de investimentos e estratégias amplas. Para mitigar essas disparidades, é essencial promover políticas públicas que integrem educação, habitação e trabalho, garantindo saúde como um direito coletivo.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática com base em artigos publicados entre 2020 e 2024 nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS. A seleção incluiu estudos sobre a determinação social da saúde, considerando desigualdades raciais, de gênero e econômicas. Também foram analisadas políticas públicas voltadas à redução dessas disparidades e à promoção da saúde mental, com foco na interseccionalidade. A metodologia envolveu a identificação, seleção e análise crítica das publicações, garantindo uma abordagem ampla e embasada na literatura científica para compreender os fatores que influenciam a equidade no acesso à saúde.

RESULTADOS

Os resultados indicam que a determinação social da saúde é central na desigualdade de acesso a serviços de saúde, evidenciando impactos das condições socioeconômicas, do racismo estrutural e das desigualdades de gênero. Estudos mostram que populações vulneráveis enfrentam maiores barreiras no acesso a cuidados médicos, agravando problemas de saúde e perpetuando a exclusão social. Fatores como precarização do trabalho, falta de moradia adequada e insegurança alimentar estão associados a piores indicadores de saúde e menor expectativa de vida (5).

A pandemia de COVID-19 reforçou essas desigualdades, expondo fragilidades nos sistemas de saúde e ampliando disparidades existentes. Evidências mostram que grupos historicamente marginalizados tiveram maior incidência de complicações e óbitos devido à dificuldade de acesso a tratamento oportuno e de qualidade. Além disso, a sobrecarga dos serviços públicos comprometeu a assistência primária e a continuidade de tratamentos para doenças crônicas, agravando a saúde de milhões (6).

Em relação às políticas públicas, estratégias voltadas à equidade em saúde tiveram impactos positivos, especialmente quando pautadas pela interseccionalidade. Iniciativas que integram assistência médica, educação, geração de emprego e segurança alimentar mostraram maior eficácia na redução das disparidades. Contudo, ainda existem desafios na implementação de políticas sustentáveis e na superação de obstáculos estruturais que limitam o acesso universal à saúde (7).

Diante desse cenário, os achados reforçam a necessidade de um compromisso governamental contínuo com políticas intersetoriais que promovam a equidade. O fortalecimento de sistemas públicos de saúde, aliado a investimentos em educação e infraestrutura, pode mitigar desigualdades e garantir acesso digno à saúde para todas as populações. Para que essas estratégias sejam eficazes, é essencial a participação ativa da sociedade civil e de gestores públicos na formulação e monitoramento das políticas (8).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A determinação social da saúde é um fenômeno complexo, que envolve fatores econômicos, sociais, culturais e políticos, e exige abordagens interdisciplinares para promover a equidade. A redução das disparidades na saúde requer o fortalecimento de políticas sociais que abordem as desigualdades, o combate ao racismo institucional e o investimento em saúde mental. Além disso, é fundamental implementar estratégias que assegurem a soberania dos povos e garantam o acesso universal à saúde.

Essas ações devem ser pensadas de maneira integrada, visando a criação de condições que possibilitem a igualdade de acesso aos serviços de saúde, respeitando as diferentes realidades sociais e promovendo o bem-estar coletivo. A efetivação do direito à saúde depende de políticas públicas inclusivas e da construção de um sistema de saúde acessível e equitativo para todos.

REFERÊNCIAS

- (1) Mario CG. Determinantes sociais da saúde: apontamentos para uma abordagem crítica. *Mediações*. 2023;28(3):1-18.
- (2) Oliveira LF, Oliveira LCF. Impacto da pandemia de COVID-19 no acesso à atenção primária em saúde em um município de pequeno porte. *Anais dos Seminários de Iniciação Científica*. 2023;(27).
- (3) Couto JGA *et al.* Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. *Saúde Soc*. 2023;32:e220531pt.
- (4) Guimarães JC. Democracia excludente: participação, direitos sociais, controle social e cidadania como representações perdidas. *Rev Direito Público*. 2023;18(3):91-114.
- (5) Santos FGS. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra presente na matriz curricular do Curso de Enfermagem na Unilab [tese]. 2024.
- (6) Martins RM. Políticas de atenção à população em situação de rua em tempos de COVID-19: refrações da questão social no capitalismo brasileiro [dissertação]. Franca: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2023.
- (7) Donadeli RL *et al.* Desafios e oportunidades na promoção da equidade em saúde: perspectivas para políticas públicas e intervenções comunitárias. *Períod Brasil Pesqui Científica*. 2024;3(1):191-202.
- (8) Gonçalves AC *et al.* O trabalho de pesquisadoras negras do Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO: uma revisão de escopo [tese]. 2023.

DESAFIOS DA MATERNIDADE EM TEMPOS DE COVID-19: TRABALHO, CONDIÇÕES EMOCIONAIS E FILHOS

Thaís Sayuri Yamamoto¹

Vania de Matos Fonseca

Paula Gaudenzi

Claudia Bonan

Andreza Pereira Rodrigues

Ana Carolina Carioca da Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os impactos da pandemia da Covid-19 na vida laboral e doméstica das mulheres foram dramáticos, sobretudo para as que eram mães¹. O cenário de distanciamento social levou à suspensão de atividades laborais externas não essenciais e ao fechamento de escolas, restringindo a possibilidade de compartilhamento do cuidado dos filhos com outros agentes, como escola, avós, babás e trabalhadoras domésticas². Aliado ao confinamento da família em casa, resultou em grande sobrecarga de trabalho doméstico para as mulheres, aumentando sua vulnerabilidade não só nas questões de saúde física e mental, mas também de violência doméstica³.

Em inquérito online realizado por Zanello et al.¹, mulheres mães cujos filhos moravam em casa e dependiam de seus cuidados relataram estafa e sobrecarga com as demandas incrementadas da família, sentindo-se sozinhas, tristes e ansiosas, e, de modos diversos, afetadas em suas próprias vidas. Porém, longe de ter sido passageiro ou pontual, esse estado se prolongou pelos anos seguintes da crise socio sanitária, sem relação linear com a evolução das estatísticas da pandemia³.

As reverberações daquele contexto sobre as estruturas de desigualdade de gênero se estendem em várias camadas de tempo até o presente, tornando-se fundamental explorar seus efeitos sobre o trabalho e a vida das mulheres mães, a curto, médio e longo prazo.

OBJETIVO

De modo a contribuir para o conhecimento dos desafios da maternidade sob o ponto de vista das mulheres, o objetivo desse trabalho foi verificar a associação entre a percepção das mulheres em lidar com a maternidade e fatores sociodemográficos, situações do mundo do trabalho, condições emocionais e mudanças no comportamento e desenvolvimento dos filhos, durante a pandemia de Covid-19.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo transversal, através de questionário online, difundido nas

1

E-mail: tsyamamoto@gmail.com

redes sociais das pesquisadoras e direcionado a mulheres mães de filhos menores de 18 anos, em abril de 2021, contemplando dados sociodemográficos e várias dimensões do cotidiano das mulheres na situação de pandemia..

O desfecho estudado foi a dificuldade em lidar com a maternidade durante a pandemia de Covid-19, a partir da pergunta “Como está sendo lidar com a maternidade durante a pandemia?”. Além dos fatores sociodemográficos e do mundo do trabalho, as variáveis de exposição testadas visaram captar a percepção das mulheres mães sobre si mesmas e os filhos.

Foi construído um banco de dados no programa Excel 365, que gerou estimativas das frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse. As análises estatísticas foram realizadas a partir do software SPSS 22.0 e R, versão 4.3.1, através de análises bivariadas e múltiplas entre as variáveis de exposição e o desfecho, apresentadas como razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%. O modelo de Poisson com variância robusta foi escolhido para avaliar a relação entre as variáveis associadas e o desfecho, através do método stepwise (backward).

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 28.625 mulheres de todos os estados brasileiros, majoritariamente brancas, com escolaridade igual ou maior que ensino superior completo, pelo menos um filho maior de 6 anos e renda familiar entre três e dez salários-mínimos.

Houve maior prevalência de dificuldade em lidar com a maternidade entre mulheres brancas, com maior renda, maior escolaridade e filhos menores de 6 anos. Em contrapartida, mulheres de cor parda, renda até três salários-mínimos, menor escolaridade e pelo menos um filho maior de 6 anos relataram menor dificuldade.

As mulheres mães que reportaram aumento na carga de trabalho doméstico e profissional tiveram maior prevalência de dificuldade em lidar com a maternidade durante a pandemia, bem como aquelas reportaram presença de sintomas que expressam condições psicoemocionais ou tratamento de saúde mental antes da pandemia. Também houve maior prevalência de dificuldade entre aquelas que notaram alguma mudança no comportamento dos filhos durante a pandemia, perceberam atraso em seu desenvolvimento, sentiram necessidade de iniciar algum tratamento de saúde mental para eles, e/ou responderam que o relacionamento social dos filhos com outras crianças foi menor ou não ocorreu.

Segundo o modelo de regressão, as variáveis que tiveram maior impacto no aumento da prevalência do desfecho–dificuldade em lidar com a maternidade durante a pandemia–foram o aumento da carga de trabalho doméstico, a mudança no comportamento dos filhos, a diminuição do relacionamento social dos filhos com outras crianças que não irmãos e a presença de filhos menores de 6 anos. Por outro lado, a melhora ou a manutenção na condição emocional das mulheres, bem como o avanço no desenvolvimento dos filhos, diminuíram a prevalência de dificuldade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O escopo deste trabalho foi ao encontro de estudos nacionais e internacionais que exploraram a vivência da maternidade durante a pandemia, ao partir do ponto de vista das mulheres, trazendo como inovações o tamanho expressivo da amostra e o uso de metodologia quantitativa para verificar a associação entre fatores sociodemográficos, situações do mundo do trabalho, condições emocionais e mudanças no comportamento .e desenvolvimento dos filhos e a percepção de dificuldade em lidar com a maternidade durante a maior crise socio sanitária da atualidade.

O heterocentrismo do “dispositivo materno”, presente não apenas na relação entre mãe e filho, mas em todas as relações sociais das quais as mulheres participam, e a pesada e desigual responsabilidade pelo trabalho de cuidado na nossa sociedade, contribuem para o aprofundamento da desigualdade de gênero e certamente tiveram influência nos resultados apresentados.

REFERÊNCIAS

- (1) Zanello V, Antloga C, Pfeiffer-Flores E, Richwin IF. Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. Rev Estud Fem. 2022; 30(2):1-12. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/86991>
- (2) Copatti AL, Ferrari AG, Hoewell AG, Silva MDR. Relatos da Pandemia: Ser Mulher e Mãe em Tempos de Covid-19. Psicol cienc prof. 2023;43:e253659. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/274349> doi: 10.1590/1982-3703003253659
- (3) Bonan C, Reis AP, Macedo U, Duarte NIG, et al. Saúde, reprodução e sexualidade nos tempos da Covid-19: memórias incorporadas das mulheres no Brasil. Cad Ibero Am Direito Sanit 2024;12(4):103-19.

DESAFIOS E POTÊNCIAS NA ARTICULAÇÃO DO GRUPO DE CINEMA EM UM CAPS AD: “VAMOS SORRIR UM POUCO, DE PORRADA BASTA AS DA VIDA

Maria Alícia Pitombo Leite de Noronha¹

Edvânia Soares Ferreira

George Amaral Santos

Priscila Coimbra Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No contexto da saúde mental, práticas culturais e expressivas ganham relevância ao favorecerem a escuta qualificada, o reconhecimento da subjetividade e a produção de vínculos (1). O cinema, como linguagem simbólica e coletiva, emerge como ferramenta potente de cuidado, possibilitando a construção de espaços de diálogo, memória e troca afetiva (2). Em um CAPS AD, em Salvador (BA), observou-se uma demanda recorrente dos usuários por sessões de filmes, com preferência por temáticas centradas em violência, ação e criminalidade — escolhas frequentemente associadas às vivências concretas de exclusão, estigmatização e marginalização (3). A partir dessa escuta, foi articulado um grupo de cinema com o desafio de reconhecer tais interesses sem reduzi-los, promovendo a introdução de outros enredos capazes de mobilizar diferentes afetos e perspectivas sobre o mundo.

OBJETIVO

Relatar a experiência de articulação de um grupo de cinema no CAPS AD, discutindo os desafios e potências da construção de um espaço terapêutico coletivo que rompe com a centralidade da violência como temática dominante, promovendo novos sentidos no cuidado em saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa e caráter reflexivo, desenvolvido a partir do estágio extracurricular em Enfermagem no CAPS AD, entre novembro de 2024 e abril de 2025. As sessões de cinema foram organizadas semanalmente e contaram com a participação de usuários e profissionais. A escolha dos filmes buscava dialogar com os interesses do grupo, mas também ampliar repertórios simbólicos com temáticas como afeto, cuidado, relações familiares, liberdade e saúde mental (4). As sessões eram seguidas de rodas de conversa mediadas pela equipe, com foco na escuta ativa e no estímulo à reflexão coletiva (5). As observações e reflexões foram registradas em diário de campo e analisadas de forma descritiva e crítica.

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: maria.alicia@ufba.br

RESULTADOS

A implementação do grupo de cinema revelou-se desafiadora, especialmente no início, diante da forte presença do desejo por filmes com conteúdos violentos. No entanto, ao incluir os usuários na construção das sessões e ao promover enredos alternativos de forma sensível e respeitosa, foi possível gerar interesse e ampliar as possibilidades de debate. A transição para novas temáticas foi gradativa, e os usuários passaram a se engajar com diferentes tipos de narrativa. Os debates após os filmes, inicialmente frágeis, vêm se fortalecendo a cada encontro, com falas espontâneas, identificação com os personagens e relatos de experiências pessoais. A continuidade do grupo como prática semanal tem se mostrado importante para o fortalecimento de vínculos, expressão subjetiva e criação de um espaço de cuidado coletivo dentro da rotina da unidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência do grupo de cinema no CAPS AD evidencia o potencial de práticas culturais na produção de cuidado em saúde mental. Ao partir do desejo dos usuários e, simultaneamente, propor novos olhares e narrativas, o grupo promoveu espaços de escuta, acolhimento e construção de vínculos (1,2,3). Romper com a centralidade da violência nas escolhas fílmicas não significou negar a realidade dos sujeitos, mas ampliar os sentidos possíveis da experiência e da convivência. A Enfermagem, nesse processo, atuou de forma sensível e integradora, contribuindo para a articulação de um cuidado mais criativo, ético e comprometido com os princípios da reforma psiquiátrica (4,5).

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS; 2023.
- (2) Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
- (3) Gomes MGP, Bosi MLM. Cultura, subjetividade e cuidado: perspectivas na atenção psicossocial. Saúde Soc. 2020;29(1):e190248.
- (4) Delgado P. Dispositivos grupais no cuidado em saúde mental. Psicol. Ciênc. Prof. 2021;41:e205193.
- (5) Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2019.

DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: UM DIÁLOGO SOCIOINSTITUCIONAL EM SANTARÉM, BELTERRA E MOJUÍ DOS CAMPOS

Silvio Almeida Ferreira¹

Geovana Lima Pereira

Maurício Assuero Lima de Freitas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Amazônia brasileira, com sua imensa extensão territorial e rica diversidade cultural, constitui um cenário singular e desafiador para a implementação de políticas de saúde pública. Historicamente marcada por desigualdades socioeconômicas e limitações logísticas, a região enfrenta barreiras significativas que dificultam o acesso da população aos serviços básicos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em janeiro de 2025, uma audiência pública realizada em Santarém reuniu representantes do Ministério Público do Pará (MPPA), gestores e a sociedade civil com o propósito de debater a demanda reprimida e buscar soluções para a melhoria do atendimento na região de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos. A realização da audiência pública em Santarém configura-se como uma iniciativa crucial para fomentar o diálogo entre gestores, representantes institucionais e a sociedade civil.

Segundos dados preliminares apresentados pelo MPPA, os índices de demanda reprimida na região ultrapassam os padrões estabelecidos, evidenciando, por exemplo, tempos de espera que frequentemente excedem 100 dias para consultas e 180 dias para cirurgias. Tais números refletem, não apenas, a fragilidade estrutural das unidades de saúde, mas também a concentração dos serviços em centros urbanos, deixando comunidades ribeirinhas e áreas remotas em situação de vulnerabilidade.

O encontro propiciou a discussão de dados e experiências locais, ressaltando a urgente necessidade de políticas intersetoriais e de inovação na gestão do SUS. O diálogo socioinstitucional, ao reunir diferentes atores, revela-se um mecanismo indispensável para identificar gargalos, articular soluções e promover a equidade no acesso à saúde.

O presente trabalho relata a experiência decorrente da participação em audiência pública, propondo a avaliação dos desafios no acesso aos serviços de saúde na Amazônia e a discussão de soluções inovadoras, tais como a integração de dados, a telemedicina e o fortalecimento da participação social, com vistas a melhorar a eficiência do SUS na região.

METODOLOGIA

Para o relato de experiência, adotou-se uma abordagem qualitativa fundamentada na análise de conteúdo das manifestações orais coletadas durante a audiência pública realizada em Santarém,

1 Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal do Oeste do Pará. E-mail: silvio.ferreira@ufpe.br

em janeiro de 2025, complementada por revisão documental das diretrizes do Enunciado n.º 93 da Jornada do Direito à Saúde. Essa estratégia permitiu identificar as principais barreiras, dentre as quais se destacam a demanda reprimida, os desafios logísticos dos serviços de saúde.

A coleta dos dados envolveu o registro sistemático das falas dos participantes, complementado por documentos do MPPA, bem como por registros de inscrições extraídos de atas. A análise dos dados foi conduzida de forma semiestruturada, possibilitando a identificação dos principais desafios e sugestões apresentadas, tais como a ausência de acompanhamento adequado das demandas, a dificuldade de acesso aos serviços e a defasagem na alimentação dos sistemas de informações. Esse procedimento permitiu, não apenas, a identificação dos gargalos existentes, mas também a triangulação dos dados, integrando informações quantitativas (tempo de espera) com relatos qualitativos que refletem a realidade dos usuários e gestores locais.

RESULTADOS

A análise revelou que os tempos de espera para consultas, exames e cirurgias ultrapassam significativamente os prazos recomendados, evidenciando uma infraestrutura inadequada e a concentração dos serviços em Santarém. Foram identificadas fragilidades na ouvidoria do SUS e a necessidade de um sistema integrado de dados para um monitoramento mais eficaz das demandas, o que evidencia a urgência de uma reestruturação assistencial na região.

Os dados indicam que os tempos de espera para consultas e procedimentos – frequentemente superiores aos limites estipulados pelo Enunciado n.º 93 da Jornada do Direito à Saúde – estão associados à inadequada infraestrutura e à escassez de profissionais de saúde. Ademais, o levantamento das manifestações orais evidencia lacunas na comunicação entre usuários e gestores, sobretudo no que tange à operação da ouvidoria e à integração dos dados dos sistemas de saúde. De forma complementar, a análise aponta divergências quanto à implementação de soluções tecnológicas, como a telemedicina, que, embora reconhecida na literatura como uma estratégia inovadora, ainda constitui um desafio. Tais achados reforçam a necessidade de um diálogo socioinstitucional contínuo para a formulação de políticas públicas que considerem efetivamente as especificidades regionais e as demandas emergentes.

A concentração dos serviços em grandes centros urbanos representa um desafio crítico para a efetividade do SUS na região amazônica. A vasta extensão territorial da Amazônia e a dispersão da população em áreas rurais e ribeirinhas impõem um desafio logístico significativo à prestação de serviços de saúde. Muitas comunidades encontram-se localizadas em áreas de difícil acesso, onde a infraestrutura de transporte é precária ou inexistente, dificultando o deslocamento de pacientes para centros urbanos dotados de serviços especializados.

Uma análise comparativa entre a literatura especializada e os dados colhidos na audiência pública revela importantes convergências e divergências no que tange aos desafios enfrentados pelo SUS [1]. Do ponto de vista teórico, a precariedade da infraestrutura e a concentração dos serviços em grandes centros urbanos atuam como determinantes na ampliação dos tempos de espera e na

ineficiência da ouvidoria do SUS. Tais estudos convergem com as evidências empíricas apresentadas durante o encontro, as quais apontam para a persistente demanda reprimida e para deficiências na gestão dos serviços de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A audiência pública evidenciou a complexidade dos desafios no âmbito da saúde pública na Amazônia e aponta para iniciativas promissoras, como a implementação de telemedicina e o incremento da participação social. O estudo ressalta a importância de investimentos sustentáveis e do fortalecimento do diálogo socioinstitucional para a promoção do direito universal à saúde.

Enquanto a literatura aponta estratégias inovadoras para mitigar as desigualdades, os dados apresentados evidenciam a urgência de adaptações práticas e de uma abordagem crítica que dialogue com as especificidades locais. Assim, a experiência oferece não apenas uma reflexão sobre os obstáculos existentes, mas também indica possíveis caminhos que podem ser ajustados às realidades regionais, contribuindo para a consolidação de um SUS mais eficiente e inclusivo.

REFERÊNCIAS

- [1] Paim J *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011. Disponível em: <https://shre.ink/ejKO>.

DESAFIOS ESTRUTURAIS NO ACESSO À SAÚDE BUCAL PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Adriano da Silva Reis Christovão¹

Ana Paula da Silva Andrade

Marcos Vinicius Conceição da Silva

Gerlane das Chagas de Souza Alvarenga

Jessica Araujo da Silva

Tiago Fontes Flores

Kayky Dias da Conceição

Anny Karollyne Cavalcante dos Santos

Ariel Santaroni Heath Henriques

Brendon Gomes Sales

Rodrigo Pires

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As sociedades de consumo geram desigualdades sociais que aumentam a população em situação de rua (PSR), afetando seu acesso a direitos básicos, como a saúde bucal (1,2). A falta de políticas públicas eficazes, burocracias institucionais e invisibilização social dificultam ainda mais a garantia desse direito (3,4).

A PSR tem alta demanda por serviços odontológicos, muitas vezes negligenciados, agravando problemas de saúde e dificultando a reinserção social (5,6). Barreiras como a falta de profissionais especializados, a desarticulação entre serviços de saúde e a ausência de estratégias intersetoriais comprometem a equidade no atendimento (7,8). Além disso, o preconceito e o despreparo dos profissionais reforçam a exclusão social (6).

Diante disso, é essencial a formulação de políticas inclusivas que garantam acesso à saúde bucal para essa população. O estudo analisa os desafios do atendimento odontológico, enfatizando estratégias para ampliar a equidade e o cuidado.

OBJETIVO

Analisar os desafios no acesso aos serviços de atenção à saúde bucal da população em situação de rua e discutir estratégias que promovam a inclusão desse grupo, com base nos princípios da equidade e universalização do acesso.

1

Universidade de Vassouras. Email: adrianochristovao0@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, baseado em revisão de literatura e análise documental. Foram consultadas bases de dados como PubMed, SciELO e LILACS, utilizando descritores como “saúde bucal”, “população em situação de rua” e “equidade em saúde”. Além disso, foram analisadas políticas públicas voltadas para a atenção odontológica dessa população e entrevistas qualitativas com profissionais do Consultório na Rua (CnaR) e moradores de rua, visando compreender as dificuldades no acesso aos serviços odontológicos.

RESULTADOS

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) (3) e os Consultórios na Rua (CnaR) (4,7) representam avanços, mas enfrentam desafios na implementação. Os CnaR desempenham um papel crucial ao facilitar o acesso da PSR aos serviços de saúde, porém, a ausência de profissionais de saúde bucal nessas equipes limita a atenção integral (2,6).

O acesso da PSR à saúde bucal é restrito e marcado por diversos entraves. Dentre as principais dificuldades estão a ausência de estratégias específicas, a burocracia na marcação de consultas e a desarticulação entre os serviços de assistência social e saúde (1,5). O preconceito por parte dos profissionais também é um fator que afasta essa população dos serviços odontológicos, tornando a adesão ao tratamento ainda mais difícil (6,8).

Para superar essas barreiras, é fundamental fortalecer as políticas públicas e garantir a integração da saúde bucal na atenção primária. Ações intersetoriais e a participação da sociedade civil são essenciais para assegurar o direito à saúde e reduzir desigualdades (1,5). Estratégias como a ampliação dos CnaR e a inclusão de equipes de saúde bucal nos programas de assistência emergem como soluções fundamentais para um atendimento digno e acessível (2,8).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A adoção de medidas como a ampliação dos Consultórios na Rua e a inclusão de equipes de saúde bucal na atenção primária são passos essenciais para reduzir barreiras de acesso e promover a inclusão social. Além disso, é indispensável fortalecer políticas públicas voltadas a essa população, assegurando profissionais capacitados para um atendimento humanizado. A integração entre saúde e assistência social deve ser priorizada, garantindo um cuidado contínuo e abrangente. Somente por meio da implementação efetiva dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – será possível construir um sistema de saúde mais justo, inclusivo e acessível. Dessa forma, a população em situação de rua terá assegurados seus direitos, recebendo um atendimento digno e de qualidade, contribuindo para a redução das desigualdades e para a promoção da equidade na saúde.

REFERÊNCIAS

1. Anunciação MS, Moimaz SAS, Saliba TA. Desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso aos serviços de saúde bucal: uma revisão da literatura. *Revista Foco*. 2024;17(3):1-20.
2. Couto JGA, Godoi H, Finkler M, Mello ALSF. Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2021;29(4):518-527.
3. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2009.
4. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2011.
5. Carneiro NJ, Ribeiro KS, Santos AT. Serviços de Saúde e população de Rua: contribuição para um debate. *Saúde Soc*. 1998;7(2):47-62. doi:10.1590/S0104-12901998000200005.
6. Prado MAR, Gonçalves M, Silva SS, Oliveira PS, Santos KS, Fortuna CM. Pessoas em situação de rua: aspectos sobre a saúde e experiências com serviços sanitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(1):e20190200.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2012.
8. Brasil. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2018;26(3):130-140. doi:10.1590/1414-462X201800030130.

(DES)CONHECIMENTOS DOS RISCOS DA SÍFILIS DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Núria Suiane dos Santos de Sá¹

Marcela de Abreu Moniz

Jane Baptista Quitete

Lidia Santos Soares

Renata de Castro Guimarães

Leila Leontina do Couto Barcia

Jonathan Costa Freire

Julia Caliocane

Luana Zaine Aleixo Silvério

Rayara da Silva Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter sistêmico e curável causada pela bactéria *Treponema pallidum* com transmissibilidade por via sexual (oral, vaginal ou anal), transplacentária, lesões genitais durante o parto ou, mais raramente, por transfusão de sangue e lesões mamárias^{1,2}.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, foram registrados 8 milhões de casos de sífilis em todo o mundo, sendo que a sífilis congênita atingiu uma taxa de 4,98 casos por 1.000 vivos. A maior incidência global foi observada nas Américas com 3,37 milhões de casos, representando 42% dos diagnósticos recentes³.

No cenário global e brasileiro, a sífilis continua sendo um problema de saúde pública. As ações ineficazes de prevenção, vigilância e controle por diagnóstico e tratamento agravam a situação da sífilis adquirida, gestacional e congênita⁴. Fatores que propiciam a persistência da sífilis neste cenário preocupante são o estigma, a baixa literacia e a desinformação sobre a sífilis². Portanto, faz-se necessário investigar acerca dos conhecimentos sobre os riscos da sífilis de usuários atendidos em serviços da atenção primária à saúde.

OBJETIVO

Identificar evidências de conhecimentos sobre os riscos da sífilis de usuários atendidos em serviços de atenção primária à saúde.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: nuriasuiane@id.uff.br

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão de literatura realizado de abril a maio de 2024 em seis etapas: formulação da pergunta de pesquisa, definição dos critérios de inclusão/exclusão, busca nas bases de dados, seleção, extração e categorização temática de conteúdo dos resultados⁵.

A pergunta que norteou o estudo foi “Quais são as evidências de conhecimentos sobre os riscos da sífilis de usuários de serviços de atenção primária à saúde?”. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca com o operador AND em todas as bases: sífilis AND pacientes; sífilis AND saúde sexual; sífilis AND risco; sífilis AND enfermagem ambulatorial. A busca foi realizada nas bases: National Library of Medicine National Institutes of Health, Scientific Electronic Library Online; e, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature e Web of Science, via CAfe da CAPES e complementada na BDENF.

Foram utilizados os critérios de exclusão: publicações incompletas, duplicadas, reflexões, ensaios e os critérios de inclusão foram: estudos qualitativos, quantitativos, teóricos, metodológicos, revisão, que responderam a pergunta de pesquisa em língua inglesa, espanhola ou portuguesa e sem limite temporal.

RESULTADOS

Foram selecionados quatro estudos, conforme os critérios de elegibilidade. As categorias temáticas dos resultados que emergiram foram: Des(conhecimento) sobre os riscos da sífilis congênita de gestantes e parceiros; e relação entre determinantes sociais e a percepção de riscos da sífilis.

Os estudos de Lima *et al.*, (2022)⁵, Silva *et al* (2022)⁶ e Silva *et al* (2023)⁷ apontam que a maior parte das gestantes, bem como seus parceiros sexuais, atendidos em consultas pré-natais em unidades da atenção primária à saúde apresentam pouco conhecimento sobre a sífilis, modos de transmissão, a importância do diagnóstico precoce, o tratamento correto e os riscos de complicações maternas e fetais e da sífilis congênita.

Os estudos de Lima *et al.*, (2022)⁵, Silva *et al* (2022)⁶, Silva *et al* (2023)⁷ e Mota (2021)⁸ selecionados evidenciaram que os fatores sociais: baixo nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade das pessoas e grupos estão relacionados à percepção inadequada sobre os riscos de infecção e complicações da sífilis, bem como, sobre a importância de se adotar medidas de prevenção desta infecção. Estes fatores são barreiras para a prevenção e controle da sífilis adquirida e sífilis congênita entre os grupos mais vulneráveis a esta doença. Tais resultados revelam determinantes sociais da sífilis e reafirmam seu caráter de doença socialmente determinada no Brasil⁸. Os profissionais de saúde possuem papel fundamental em ações individuais e coletivas na prevenção e sensibilização sobre a sífilis, como por exemplo, atividades educativas que mobilizem a comunidade sobre este problema.²

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que, houve escassez de estudos publicados sobre conhecimentos de usuários sobre os riscos da sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita evidenciando que a falta de conhecimento sobre este problema pode impactar negativamente o controle desta doença em nível local, nacional e global.

Portanto, é imperativo implementar ações educativas e de vigilância em saúde, visando reduzir a incidência da sífilis e promover um melhor entendimento sobre a doença nas populações mais afetadas. Estratégias atuais, contextuais e políticas são fundamentais para estimular ações profissionais participativas que mobilizem a população e possibilitem a elevação da literacia sobre a sífilis da população.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana Da Saúde. Casos de Sífilis aumentam nas Américas. OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentam-nas-americas>.
- (2) Ramos Junior AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. Cad Saúde Pública. 2022;38(5):PT069022. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT069022>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico sobre sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>.
- (4) Lima VC, Linhares MSC, Frota MVV, Mororó RM, Martins MA. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Cad saúde colet. 2022 Jul;30(3):374–86. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030283>
- (5) Silva GM, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes CAM. Sífilis em gestantes e congênitas: perfil epidemiológico e prevalência. Enferm. glob. 2020;19(57):107-150. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=es.
- (7) Silva LV, Nascimento JN. Percepção das Gestantes sobre a Sífilis na Gestação e suas Repercussões para o Feto. Brazilian Journal of Development. 2023;9(7):21690-21703. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/61331/44220>.
- (8) Dantas HLL, Costa CRB, Costa L de MC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. Revista Recien. 2022;12(37):334-45. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>
- (9) Mota GS, Nascimento DFB, Souza BBS, Porto PN, Palmeira CS, Oliveira JF. Determinantes Sociais De Saúde E Uso Do Preservativo Nas Relações Sexuais Em Mulheres Rurais. Cogitare Enferm. 2021;26:e76891. Doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76891>

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE MENSURAÇÃO: LESÕES OROFACIAIS COMO MARCADOR DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Lucia Helena da Silva Ferreira Ancillotti¹

Gisele Damiana Silveira Pereira

Andreia Cristina Breda de Souza

Aldo Pacheco Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência é qualquer ato de agressão ou negligência direcionado a um indivíduo específico, ou a um grupo de pessoas, que possa produzir danos reversíveis ou irreversíveis no meio físico e psicológico, incluindo ameaças, imposições ou privação arbitrária de liberdade, tanto em âmbito público como no privado [1,2]. A violência contra a mulher constitui-se em um grave problema de saúde pública que aflige as mais diversas classes sociais, conduzindo a um progresso relevante na investigação e no desenvolvimento de intervenções para identificar e apoiar as suas necessidades de saúde e proteção [3]. Com efeito, a violência de gênero vem se consolidando como um dos problemas mais graves da sociedade contemporânea e se manifesta nas mais variadas formas, desde violência psicológica e ameaça até agressão física e morte [4,5]. No Brasil, a prevalência estimada de violência física contra a mulher ao longo da vida em todo o país é de 16,7% [6,7]. A exposição à violência muitas vezes resulta em lesões orofaciais com diferenciais por gênero [8,9]. A lesão que acomete a face e a boca é considerada uma das agressões mais significativas pela possibilidade de deformidade permanente, danos estéticos e funcionais, além de causar consequências emocionais que podem impactar negativamente na qualidade de vida e no bem-estar das vítimas [10,11]. Os cirurgiões-dentistas (CD) que atendem pacientes regularmente têm a oportunidade de detectar potenciais vítimas de agressão de gênero, pois essas pessoas podem apresentar lesões na região da cabeça, pescoço e face [12–20]. Costa et al. [21] destacam que o CD é o profissional que possui maior contato com pessoas em situação de violência, sejam crianças, adultos ou idosos, haja vista que 50% das lesões advindas das violências perpetradas resultam de lesões orofaciais. Gujrathi et al. [22] relataram que quase 95% de todas as vítimas de violência física apresentam esse tipo de lesões, com impactos dentários. Dessa forma, os CDs podem ser considerados socorristas da linha de frente, uma vez que é provável que alguns pacientes que atendem em seu consultório odontológico sejam vítimas de violência e possam apresentar sinais de lesões na cabeça e na região facial.

OBJETIVO

Desenvolver um instrumento de mensuração acerca do conhecimento do CD sobre as lesões orofaciais decorrentes de violência de gênero e, a partir de sua aplicação, analisar o conhecimento do CD quanto à identificação das lesões orofaciais, acolhimento, notificação compulsória, comunicação externa e encaminhamentos, em casos suspeitos ou confirmados de violência de gênero.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter bibliográfico, que teve como variáveis de interesse o perfil profissional CD frente às situações de violência de gênero, o conhecimento dos CDs sobre as lesões em geral, o conhecimento dos CDs sobre as lesões orofaciais decorrentes da violência de gênero e a conduta dos CDs em casos suspeitos ou confirmados de violência de gênero. O instrumento foi desenvolvido em 2023, a partir de pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados PUBMED, MEDLINE e LILACS BVS, com utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Odontologia legal, Violência Doméstica, Cuidado Domiciliar, Questionário de Saúde do Paciente e Política de Saúde, a nível nacional, inédito e sem registro na literatura especializada consultada. Após a identificação do problema, foi definida a seleção do público-alvo e as aplicabilidades do instrumento, que contempla em sua versão atual 18 perguntas de múltipla escolha, divididas em 4 domínios: I- Perfil profissional dos CDs; II- Conhecimento dos CDs sobre lesões em geral; III- Conhecimento dos CDs sobre lesões orofaciais decorrentes da violência de gênero e IV- Conduta dos CDs em caso suspeito ou confirmado de violência de gênero.

RESULTADOS

Na fase inicial da pesquisa, foi desenvolvida uma versão preliminar do questionário com 20 itens considerados relevantes pelos pesquisadores após a revisão da literatura, divididos em 4 domínios ou categorias. Após ajustes em fase subsequente, os pesquisadores chegaram a um consenso com uma versão contendo 18 itens, que passará pelas etapas metodológicas de pré-teste e validação da robustez de seu conteúdo por um comitê de especialistas na temática, provenientes das 5 regiões do Brasil. Esta fase só poderá ser iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, que se encontra na fase de apreciação ética, sob o CAAE 85809125.3.0000.5240, e faz parte da pesquisa de doutorado em Saúde Pública da pesquisadora responsável e apresentadora do trabalho. Após finalizadas as etapas metodológicas para validação do instrumento desenvolvido nesta pesquisa ele estará apto para ser aplicado em CDs, com validade em todo o território nacional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ ou na esfera privada. Espera-se que após a validação, aplicação do instrumento, a coleta e a análise dos dados, possam ser desenvolvidas estratégias que visem capacitar o CD na identificação das lesões orofaciais decorrentes de traumas em pessoas em situação de violência de gênero e que tenha utilidade na prática clínica como um marcador para este tipo de violência. Ademais, espera-se que o instrumento assista às pesquisas para a formulação de políticas públicas, nas áreas de saúde e segurança pública, principalmente com a melhora da notificação compulsória pelos CDs.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O instrumento desenvolvido contempla bases teóricas relevantes, cientificamente válidas e cabíveis à medição proposta, levando-se em conta o público-alvo e o objetivo da medição, através de uma revisão da literatura rebuscada. Poderá fornecer com precisão um diagnóstico situacional acerca do

conhecimento dos CDs sobre a temática, auxiliando na capacitação destes, como também em pesquisas para a construção de políticas públicas, sendo de grande relevância para a sociedade e preenchendo uma lacuna existente, pois não foi encontrado na literatura consultada nenhum outro instrumento similar. Ademais, o tema é atual e vai de encontro com o disposto na Lei 15.116/25, sancionada pelo Presidente em 02/04/2025, que institui o programa de reconstrução dentária para mulheres vítimas de violência doméstica pelo SUS. Por seu ineditismo e relevância na saúde coletiva, este trabalho foi premiado com o Primeiro Lugar, Prêmio Elisa Frota Pessoa, 2 ed., categoria Doutorado, área de Ciências Biológicas.

REFERÊNCIAS

- [1] Njaine K, Assis SG de, Constantino P, et al. Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2020.
- [2] Minayo MCDS, editor. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 2021. <https://doi.org/10.7476/9786557081150>.
- [3] United Nations. Report of the secretary-general on conflict-related sexual violence. Geneva: 2017.
- [4] Augusto HO. Domestic Violence as a Human Rights Issue Beyond (Criminal) Accountability: A Brazilian Case Study. Contemp Chall Glob Crime Justice Secur J 2023;4. Doi: <https://doi.org/10.2218/ccj.v4.9120>.
- [5] Silva CJDP, Ferreira RC, Paula LPPD, et al. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. Ciênc Saúde Colet. 2014;19:127–36. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.205>.
- [6] Avila TP. Facing Domestic Violence Against Women in Brazil: Advances and Challenges. Int J Crime Justice Soc Democr. 2018;7:15–29. Doi: <https://doi.org/10.5204/ijcsd.v7i1.397>.
- [7] Venturin B, Azevedo TS de L, Pedroso MR de O, et al. Prevalência e fatores associados à violência contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo. Rev Bras Pesqui Saúde Brazilian J Health Res. 2020;22:119–29. Doi: <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i2.27817>.
- [8] Aranega AM, Ponzoni D, Garcia Júnior IR, et al. Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados à violência doméstica à mulher. 2010.
- [9] Sousa RIM, Macedo Bernardino Í, Castro RD, et al. Facial trauma as physical violence markers against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. Arch Gerontol Geriatr 2016;67:55–60. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.015>.
- [10] Ferreira MC, Batista AM, Ferreira FDO, et al. Pattern of oral–maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. Dent Traumatol. 2014;30:15–21. <https://doi.org/10.1111/edt.12047>.
- [11] Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. The world report on violence and health. The Lancet 2002;360:1083–8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0).
- [12] Anwar A. Domestic violence and abuse in dentistry. Br Dent J 2023;234:165–165. <https://doi.org/10.1038/s41415-023-5522-5>.
- [13] Bregulla JL, Hanisch M, Pfeleiderer B. Dentists' Competence and Knowledge on Domestic Violence and How to Improve It—A Review. Int J Environ Res Public Health 2022;19:4361. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074361>.
- [14] Garbin CAS, Guimarães E Queiroz APDD, Rovida TAS, et al. Occurrence of traumatic dental injury in cases of

domestic violence. *Braz Dent J* 2012;23:72–6. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402012000100013>.

- [15] Gibson Howell JC, Gladwin MA, Hicks MJ, et al. Instruction in Dental Curricula to Identify and Assist Domestic Violence Victims. *J Dent Educ* 2008;72:1277–89. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2008.72.11.tb04610.x>.
- [16] Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aust Dent J* 2016;61:4–20. <https://doi.org/10.1111/adj.12395>.
- [17] Le BT, Dierks EJ, Ueeck BA, et al. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:1277–83. <https://doi.org/10.1053/joms.2001.27490>.
- [18] Levin L, Day PF, Hicks L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dent Traumatol* 2020;36:309–13. <https://doi.org/10.1111/edt.12574>.
- [19] Raja S, Rajagopalan CF, Kruthoff M, et al. Teaching Dental Students to Interact with Survivors of Traumatic Events: Development of a Two Day Module. *J Dent Educ* 2015;79:47–55. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2015.79.1.tb05856.x>.
- [20] Warburton AL, Hanif B, Rowsell C, et al. Changes in the levels of knowledge and attitudes of dental hospital staff about domestic violence following attendance at an awareness raising seminar. *Br Dent J* 2006;201:653–9. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4814232>.
- [21] Costa MCO, Carvalho RCD, Santana MAOD, et al. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15:563–74. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200033>.
- [22] Gujrathi R, Tang A, Thomas R, et al. Facial injury patterns in victims of intimate partner violence. *Emerg Radiol* 2022;29:697–707. <https://doi.org/10.1007/s10140-022-02052-2>.

DESIGUALDAD EN SALUD. TEORÍA, TEMAS, POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO, PROPÓSITO Y MÉTRICAS MÁS FRECUENTES. REVISIÓN DE LAS PUBLICACIONES. 2015-2024

Eslin Cipion-Bueno¹

Katherine Victorio

José Selig

INTRODUCCIÓN

El problema de las desigualdades en salud se destacó en los años setenta y los ochenta del siglo pasado desde el enfoque de la medicina social, donde las desigualdades resultaban ser el efecto de las relaciones sociales, desde ese entonces, nunca se ha detenido y la calidad de sus aportes no se discute. Luego, el tema perdió su protagonismo a partir del debate alrededor del consenso de Washington enfocado en convertir la salud en una mercancía. Regresó a partir de la Conferencia sobre los determinantes sociales de la salud con nuevas teorías. Es evidente que hay varios enfoques. Desde el simple describir de lo que acontece o denunciarlo para a atenuar el impacto de las reformas privatizadoras hasta el resistir a estos procesos desde una concepción integral. Es todo un debate y una confrontación. Es necesario valorar el peso actual de los contendientes y lo hacemos a través de las publicaciones sobre el tema estudiando sus contenidos. que se registran en la Web, a los que analizamos los temas que abordan, las teorías en que se sustentan y el propósito que les orienta, además de los temas que tratan y las métricas que emplean. Respondemos a la pregunta de que enfoque predomina en el abordaje de las desigualdades en salud, lo que ha de servir para evaluar el avance de los enfoques integrales y la resistencia al cambio de los enfoques tradicionales(1-3).

OBJETIVO

Se ha pretendido aportar evidencias para valorar la situación de la investigación en lo que se refiere al estudio de las desigualdades en salud, sus enfoques y teorías, con la finalidad de valorar el avance de la medicina social y salud colectiva en este campo en oposición a los estudios convencionales que tienden a limitar la situación a un problema social de funcionamiento que puede ser superado sin lograr cambios en las relaciones sociales.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones desde enero 01 del 2014 a diciembre 31 del 2024, inclusive, empleando la base de datos PubMed®, bajo el término desigualdad en salud. Se incluyeron estudios primarios o secundarios que trataban sobre las desigualdades en salud. Se identificaron 177 artículos en la base de datos, pero se restaron 60 artículos (artículos de opinión,

1 Universidad Autónoma de Santo Domingo. E-mail: eslin.cipion.msp@gmail.com

corrección y comentarios de publicaciones, relatos de experiencias, editoriales, sobre el desarrollo de ofertas de servicios de atención y otros similares). Se trabajó con 117 artículos. A cada artículo, además del país y el año de su publicación, se identificaron las siguientes variables: tema de que trata, el objeto de observación, el método que emplea, las métricas que utiliza, la teoría con que pretende explicar la desigualdad y el propósito de la investigación. Se calcularon las distribuciones proporcional de cada una de las variables con sus respectivos intervalos de confianza de un 95 % ($p' = \pm Z(\alpha/2) \sqrt{p' * (1-p')/n}$). Los valores obtenidos permitieron establecer la predominancia de temas, enfoques y métodos en las publicaciones de revistas sobre el tema de las desigualdades en salud.

RESULTADOS

El año con mayor cantidad de publicaciones fue el 2020 (16.2 %), el de menor número fue el 2016 (5.1%). Los países con más publicaciones fueron España (46.1%), México (13.7 %) y la revista panamericana de la OPS (12.8%). Ambas series son estadísticamente no significativas. La situación de salud (32.9% $\pm$ 12.9), la situación social (20.0% $\pm$ 14.1) y la mortalidad (19.3% $\pm$ 14.1) fueron los temas más tratados. Una gran variedad de objeto de observación, siendo los más frecuentes: los casos de mortalidad, la población adulta, la población general, los territorios y los niños. Los métodos más empleados fueron los estudios ecológicos (26.5% $\pm$ 15.5), los retrospectivo y transversal (25.6% $\pm$ 15.6) y los estudio transversales (19.7% $\pm$ 16.2). La metodología cualitativa y la multinivel no son frecuentes. Se emplean métricas muy diversas. Agrupadas, las más empleadas son las medidas de frecuencia (32.9% $\pm$ 13.0), los índices (17.1% $\pm$ 14.5), las medidas de asociación (16.4% $\pm$ 14.5) y las correlaciones/regresiones (16.4% $\pm$ 14.5). Las teorías sobre el porque de la desigualdad más empleadas se refieren a las características o las condiciones socioeconómicas de las personas (39.32%). La causalidad entendida por falta de equidad en las políticas (11.1%) y la condición social o económica de grupos de población (10.26%), le siguen en frecuencia. El enfoque de los determinantes sociales de la salud (7.69%) y el de la determinación social (5.13%) no son frecuentes. La mayoría de los estudios se limitan a describir lo que sucede (51.3% $\pm$ 12.6). Otros denuncian la desigualdad (29.9% $\pm$ 15.2). Los menos los que acusan a la situación que provoca la desigualdad (10.3%) y, mucho menos, los que hacen propuestas, tanto técnicas (5.1%) como de políticas (3.4%).

CONSIDERACIONES

Las publicaciones en revistas especializadas que tratan de las desigualdades en salud desde enfoques más integrales y complejo son mucho menos frecuentes que las publicaciones desde enfoques más limitados, menos integrados y que poco o nada cuestionan la causalidad real de las desigualdades en salud. Continúan predominando los estudios cualitativos y los que consideran que la realidad ocurre en un solo plano en el que se colocan todas las variables negando la realidad multidimensional en que sucede la relación entre la salud y la sociedad. El peso de las publicaciones que describen la desigualdad o que las denuncian, sigue siendo alto; indicando que no se pretenden cambios o solo es necesario hacer algunas reformas. Las publicaciones con el compromiso de transformar la realidad son aún bajas.

Es necesario redoblar los esfuerzos por una profunda investigación sobre las desigualdades en salud. Debería ser interesante conocer lo que sucede en las universidades e investigaciones de tesis.

REFERENCIAS

- (1) Linares-Pérez N, López-Arellano O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*. 2008;3(3):247-259.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011). Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2011.
- (3) Selig J, Fernández F. Inequidades en la distribución de los recursos humanos en salud en el sector público. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2020.

DESIGUALDADE INTERSECCIONAL NA ADEÇÃO AO “LIFE ESSENCIAL 8” EM ADULTOS BRASILEIROS MAIS VELHOS: EVIDÊNCIAS DO ELSI-BRASIL

Thayane Fraga de Paula¹
Nair Tavares Milhem Ygnatios
Bruno de Souza Moreira
Ana Lúcia Danielewicz
Núbia Carelli Pereira de Avelar
Juliana Vaz de Melo Mambrini

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O “Life’s Essential 8” (LE8), proposto pela American Heart Association (AHA), integra oito métricas de saúde, sendo quatro comportamentais (adequação da dieta, prática de atividade física, exposição à nicotina, qualidade do sono) e quatro clínicos (índice de massa corporal, lipídios séricos, glicose sérica e pressão arterial) para avaliar e promover a saúde cardiovascular ideal^[1]. Estudos associam maior adesão ao LE8 a desfechos positivos em saúde, como risco reduzido de doença coronariana (DAC), retardo no envelhecimento biológico e menor mortalidade^[2-3]. Contudo, a distribuição desses desfechos em saúde, bem como a adesão ao LE8, não são homogêneas na população. Atualmente, sabe-se que as desigualdades sociais podem influenciar nos fatores comportamentais e clínicos acarretando repercussão negativa à saúde. Ademais, a análise isolada de fatores sociais frequentemente se mostra insuficiente para capturar a totalidade dos efeitos resultantes de suas interações. Frente a isso, a perspectiva interseccional emerge como uma abordagem analítica fundamental, direcionando o foco para a investigação sistemática dessas interconexões e de seus efeitos sinérgicos^[4], contribuindo para elucidar a complexidade inerente às vivências sociais e seu impacto na adesão ao LE8.

OBJETIVO

Avaliar as diferenças de adesão ao LE8 segundo o construto interseccional composto por sexo, raça/cor, escolaridade.

METODOLOGIA

Estudo transversal baseado em dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil, 2015-2016) conduzido em amostra nacionalmente representativa de adultos com 50+ anos. O desfecho foi a adesão ao LE8, composto pelos comportamentos (adequação da dieta, prática de atividade física, exposição à nicotina, qualidade do sono) e fatores de saúde (índice de massa corporal, lipídios séricos, glicose sérica e pressão arterial), sintetizada em escore contínuo. A exposição

1 Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: thayanefraga23@gmail.com

de interesse foi o perfil interseccional construído com base nas variáveis: sexo (masculino/feminino), raça/cor (pretos e pardos/brancos), escolaridade (<4/4+ anos de estudo). Foram utilizadas as variáveis de idade, filiação a plano de saúde e autoavaliação de saúde para ajuste. A associação, bruta e ajustada pelos potenciais fatores de confusão, entre o escore do LE8 e a interseccionalidade foi estimada pelo modelo de regressão quantílica, ajustado nos percentis 25, 50 e 75. A análise dos dados considerou o peso amostral e $\alpha=5\%$.

RESULTADOS

Foram incluídos 1.758 adultos mais velhos, participantes da subamostra do ELSI-Brasil que realizou a coleta de sangue. A idade média foi de 62 ($\pm 9,39$) anos, 54,8% autodeclaravam-se pretos ou pardos, 52,3% eram mulheres, 30% apresentavam quatro anos ou mais de estudo. Após ajuste por potenciais fatores de confusão, mulheres brancas de alta escolaridade apresentaram vantagens significativas de adesão em todos os percentis analisados – inferior (P25) ($\beta=10,33$; IC95%: 5,40-15,25), mediana (P50) ($\beta=7,61$; IC95%: 3,53-11,69) e superior (P75) ($\beta=6,81$; IC95%: 2,38-11,25) – em comparação às mulheres pretas/pardas de baixa escolaridade. Maior escolaridade associou-se à maior adesão ao LE8 para mulheres pretas/pardas no percentil inferior ($\beta=8,66$; IC95%: 3,99-13,33) e na mediana ($\beta=5,85$; IC95%: 1,85-9,86). Além disso, ser branco conferiu vantagens, apesar da baixa escolaridade. Mulheres brancas apresentaram escores superiores no percentil 25 ($\beta=5,61$; IC95%: 1,25-9,97), enquanto homens brancos apresentaram maior adesão ao LE8 nos percentis 25 e 75 ($\beta=5,60$; IC95%: 0,09-11,10; $\beta=5,00$; IC95%: 1,32-8,68, respectivamente), após ajuste por idade, plano de saúde e autoavaliação de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os achados confirmam a existência de desigualdades significativas na adesão ao LE8, demonstrando como perfis interseccionais a partir do sexo, raça/cor e escolaridade moldam esses resultados. O grupo de referência, composto por mulheres pretas/pardas de baixa escolaridade, apresentou desvantagens consistentes em comparação a outros estratos, sobretudo aqueles com maior nível educacional e/ou identificados como brancos. A alta escolaridade emergiu como um fator protetor relevante, particularmente para mulheres, enquanto a identidade racial branca também conferiu vantagens observáveis. O perfil de mulheres brancas com alta escolaridade destacou-se pela vantagem mais robusta e consistente em toda a distribuição do LE8. A abordagem quantílica revelou a heterogeneidade desses efeitos, reforçando a importância de ações específicas que levem em conta a interseccionalidade com o intuito de reduzir as disparidades na adesão às métricas do LE8 em indivíduos brasileiros com 50 anos ou mais.

REFERÊNCIAS

- [1] Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, Black T, Brewer LC, Foraker RE, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2022;146(5):e18-e43.
- [2] Chen H, Tang H, Zhang X, Huang J, Luo N, Guo Q, et al. Adherence to Life's Essential 8 is associated with delayed biological aging: a population-based cross-sectional study. *Rev Esp Cardiol*. 2025;78(1):37-46. doi: 10.1016/j.rec.2024.04.004.
- [3] Lefferts EC, Saavedra JM, Lee DC. Greater adherence to Life's Essential 8 is associated with lower arterial stiffness in cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2023 Sep;55(9S):309-10. doi: 10.1249/01.mss.0000982632.61188.c6.
- [4] Collins PH. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annu Rev Sociol*. 2015;41:1-20. doi: 10.1146/annurev-soc-073014-112142.

DESIGUALDADE RACIAL NO ACESSO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: UM ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (2010-2024)

Alana Ramos da Silva¹

Fernando Antonio Slaibe Postali

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo mais incidente e a primeira causa de mortalidade entre as mulheres no Brasil [1]. Um dos principais tratamentos é a cirurgia [2].

A mastectomia radical, em que a mama é totalmente retirada, já foi considerada o tratamento padrão [3]. Atualmente, a cirurgia conservadora com radioterapia tem sido uma alternativa [4]. Além disso, a reconstrução mamária é realizada após o tratamento para reparos locais e na simetrização [2].

A criação do SUS viabilizou o uso de terapias conservadoras e ampliou a importância do rastreamento e da qualidade de vida das pacientes [5]. Dessa maneira, foi estabelecida a Lei nº 12.802 que garante a paciente o direito a realizar a reconstrução mamária no SUS imediatamente após a retirada do tumor ou assim que houver as condições clínicas necessárias [6].

No entanto, o acesso a reconstrução ainda é um desafio, menos de 30% das mulheres submetidas a mastectomia conseguem realizar o procedimento no SUS [7-9]. As disparidades por cor da pele persistem em muitos indicadores do câncer de mama. As mulheres negras possuem menor acesso a mamografia [10] e maior risco de mortalidade [11]. Dessa forma, o conceito de interseccionalidade contribui para explicar as desigualdades em saúde enfrentadas pelas mulheres negras como resultado de múltiplas interações sociais como gênero, raça e status socioeconômico [12].

OBJETIVO

Realizar um levantamento, a partir do banco de dados público da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sobre a situação dos antibióticos que estiveram em situação de descontinuidade no mercado brasileiro no período de 2020 até 2024. Extrair as variáveis disponíveis no banco de dados público para análise; realizar uma reflexão que leve em consideração o período da pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

A pesquisa é um estudo do tipo longitudinal retrospectivo e utiliza microdados do Sistema de Informação Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) de 2010 a 2024. A amostra total possui 565.394 mulheres. Os microdados do SIH-SUS são de acesso público, por isso a pesquisa não foi submetida a consideração de um comitê de ética.

1 Universidade de São Paulo. E-mail: alana.r@usp.br.

No SIH-SUS é possível encontrar a variável *raca_cor* que identifica a raça ou cor da paciente. O grupo denominado BA uniu as mulheres brancas e amarelas e o grupo PPI abrangeu as mulheres pretas, pardas e indígenas. O número de cirurgias foi obtido com base em Silva et al. (2014) [13] que utilizou os seguintes códigos para mastectomias: 0410010057, 0410010065, 0410010111, 0410010120, 0416120024 e 0416120032 e 0410010090, 0410010219, 0410010073 e 0416080081 para as reconstruções mamárias.

Dessa maneira, a quantificação das mastectomias e reconstruções mamárias para cada grupo de mulheres permitiu o cálculo da razão anual entre os dois procedimentos cirúrgicos. Testes estatísticos entre duas amostras foram utilizados para comparar as proporções em cada ano.

RESULTADOS

De 2010 a 2024, foram realizadas 405.081 mastectomias (48,9% BA vs. 51,1% PPI) e 160.313 reconstruções (53,8% BA vs. 46,2% PPI). O ano com as maiores razões foi 2023 (59,5% BA vs. 46,0% PPI).

A razão média para as PPI foi de 33,3% (d.p. 8,1%), enquanto o grupo BA apresentou média de 42,3% (d.p. 9,6%). Testes indicam diferenças estatisticamente significativas a 1% em todo período de análise.

Descritivas por região mostram que o grupo BA realiza mais a reconstrução mamária em comparação ao PPI. A região Norte apresenta as menores proporções e a maior diferença é observada no Nordeste com 13,2 pontos percentuais (53,6% BA vs. 40,4% PPI), seguida por Centro-oeste (43,7% BA vs. 30,9% PPI), Sul (42,2% BA vs. 31,7% PPI), Norte (22,7% BA vs. 15,6%) e Sudeste (43,5% vs. 37,1%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As mulheres PPI apresentaram menor acesso à reconstrução mamária em comparação às mulheres BA. O que indica a necessidade de políticas para ampliar o acesso das mulheres PPI à cirurgia reconstrutora.

Os determinantes sociais da saúde explicam os resultados observados. As desigualdades em saúde são consequência de múltiplos processos sociais. As mulheres PPI compõem a parcela da população com menor escolaridade e renda. Da mesma forma, apresentam menor acesso ao rastreamento do câncer de mama e maior risco de mortalidade. Diante disso, os piores indicadores perpetuam a dificuldade de acesso a todo tratamento oferecido na rede pública.

REFERÊNCIAS

[1] Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Conceito e Magnitude. 2022.

- [2] Fundação Oswaldo Cruz. Principais Questões sobre Reconstrução da Mama: direitos e desafios para acesso no SUS. 2021.
- [3] Nascimento JHF et al. Breast cancer in Brazil: Screening program and surgical approach. Cancer Epidemiology. 2021.
- [4] Rajan KK et al. Overall survival after mastectomy *versus* breast-conserving surgery with adjuvant radiotherapy for early-stage breast cancer: meta-analysis. BJS Open. 2024.
- [5] Teixeira LA, Araújo Neto LA. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. Saude Soc. 2020.
- [6] Brasil. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. O momento da reconstrução mamária. Diário Oficial da União. 2013.
- [7] Instituto Oncoguia. Reconstrução mamária: apenas 30% das mulheres com câncer de mama conseguem acesso pelo SUS, 2024.
- [8] Almeida CSCD et al. Comparative analysis of mastectomies and breast reconstructions performed in the Brazilian Unified Health System in the last 5 years. Brazilian Journal of Plastic Sugery 2021.
- [9] Freitas-Junior R et al. Oncoplastic Breast-Conserving Surgery in Low- and Middle-Income Countries: Training Surgeons and Bridging the Gap. Curr Breast Cancer Rep 2019.
- [10] Silva AR, Scorzafave LGDS. Inequality by Skin Color in Breast Cancer Screening in Brazil: a Differences-in-Differences Analysis of the COVID-19 Pandemic. J Racial and Ethnic Health Disparities 2024.
- [11] Lemos LLP et al. Racial disparities in breast cancer survival after treatment initiation in Brazil: a nationwide cohort study. The Lancet Global Health 2024.
- [12] Shannon G et al. Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity. The Lancet 2022.
- [13] Silva AG et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no SUS: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. Cad Saúde Pública 2014.

DESIGUALDADES DE GÊNERO E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM ÁREAS URBANAS E RURAIS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

João Anselmo Santos Lopes¹

Julia Magalhães Cabral

Eloah Costa de Sant Anna Ribeiro

Rosana Salles-Costa

Aline Alves Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 aumentou as desigualdades socioeconômicas no mundo, podendo ser captada pela Insegurança Alimentar (IA), principalmente nos países da América Latina e Caribe. O Brasil é um país com um histórico de desigualdades sociais, políticas e econômicas, e durante a crise sanitária, foram estimadas 33 milhões de pessoas em situação de fome [1]. Esta situação esteve relacionada às disparidades de renda, gênero, acesso a serviços básicos e diferenças regionais, pois ocorreu um aumento do desemprego, a diminuição da renda familiar e a interrupção de cadeias de abastecimento, dificultando o acesso à alimentação adequada e saudável na área urbana e rural do país [1]. Ainda, estudos indicam que lares chefiados por mulheres apresentam maior suscetibilidade à IA, devido a fatores ligados à desigualdade de gênero, como a dupla jornada de trabalho e desigualdade salarial[2]. Por outro lado, os homens possuem maior contribuição de renda nos domicílios brasileiros, principalmente nas áreas urbanas do país [3]. O acesso limitado à renda pode explicar a maior vulnerabilidade de famílias aos níveis mais graves da IA, e as diferenças dos rendimentos entre as famílias da área rural e urbana podem impactar o acesso à alimentação entre homens e mulheres.

OBJETIVO

Analisar a insegurança alimentar de domicílios chefiados por homens e mulheres residentes da área urbana e rurais do Brasil durante a pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que utilizou os dados secundários da Pesquisa Nacional de Insegurança Alimentar durante a Pandemia de COVID-19 (VIGISAN), realizadas pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN) em 2020 (n=2.180) e 2022 (n=12.745).

Utilizou-se a variável sexo (masculino/feminino), padrão em estudos populacionais brasileiros, para analisar o gênero dos responsáveis pelos domicílios. A IA foi aferida pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, classificando em IA leve e IA moderada/grave. As variações nas prevalências

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: joaoanselmobicjr@gmail.com

foram avaliadas considerando o período entre os dois inquéritos (2020-2022), dado por $[CA = (Py2 - Py1)/Py1]g^2$, em que Py2 e Py1 representam as prevalências nos anos de 2022 e 2020, respectivamente. A análise estatística foi realizada considerando o delineamento amostral complexo e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) utilizando o software Stata, versão 16.1,(prefixo svy). Os dados foram disponibilizados pela Rede PENSSAN para a realização do presente estudo.

RESULTADOS

Observou-se que a maioria dos domicílios estava localizada na área urbana (2020: 85,6% [n = 1.662]; 2022: 85,5% [n = 10.365]) em comparação à área rural (2020: 14,5% [n = 518]; 2022: 85,5% [n = 2.382]). A prevalência de IA variou de 2020 a 2022, com um aumento notável em IA moderada/grave. Embora a prevalência de IA em áreas rurais tenha permanecido alta, um ano após a pandemia de COVID-19, a proporção de domicílios urbanos com IA moderada/grave aumentou significativamente de 19,4% (2020) para aproximadamente 30% (2022).

Em relação à chefia dos domicílios, as mulheres possuíram maior prevalência em todos os níveis de IA. Entretanto, comparando as variações segurança alimentar entre 2020 e 2022, as famílias urbanas chefiadas por homens tiveram a menor variação na porcentagem de segurança alimentar (-10,4), assim como aqueles residentes na área rural (-15,7). Entre 2020 e 2022, as mulheres residentes na área rural tiveram um aumento da segurança alimentar (+5%). Ao observarmos os níveis da IA, a IA leve teve uma diminuição para domicílios situados na área rural e urbana para ambas as chefias (homens e mulheres), e por outro lado, ocorreu um aumento expressivo da IA moderada/grave. Destaca-se que a variação de IA moderada/grave em domicílios chefiados por homens na área urbana foi de +75,1 e de +17,3% na área rural, enquanto em domicílios chefiados por mulheres foi de +42,7% na área urbana e +17,3% na área rural.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados demonstram uma diminuição da segurança alimentar e aumento exponencial da IA moderada/grave para domicílios chefiados por homens e mulheres. Houve potencialização da vulnerabilidade dos lares chefiados por mulheres, e ao mesmo tempo, uma maior variação naqueles chefiados por homens em relação, especialmente nas áreas urbanas. Durante a pandemia, a instabilidade socioeconômica e aumento do desemprego no país justificam a maior variação de IA entre 2020-2022, principalmente em domicílios chefiados por homens. Historicamente, eles são os principais provedores de renda nas famílias, e com a perda do trabalho e renda ocorreu impacto no aumento da IA, sobretudo nas cidades, onde o custo de vida e valores dos alimentos são maiores. Por outro lado, a pós-pandemia foi marcada pelo aumento da SA em domicílios chefiados por homens, refletindo uma possível recuperação da renda nesses lares; em contraste, a chefia feminina seguiu com maiores prevalências de IA e desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

- [1] Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. São Paulo; 2022. Disponível em: olheparaafome.com.br.
- [2] Santos LA, Ferreira AA, Pérez-Escamilla R, Sabino LL, Oliveira LGe, Salles-Costa R. Interseções de gênero e raça/cor em insegurança alimentar nos domicílios das diferentes regiões do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(11):e00130422. doi: 10.1590/0102-311XPT130422;
- [3] Rodrigues AVA, Costa DM, Costa RS. Desigualdades de gênero e renda das famílias brasileiras: implicações para a segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Colet*. 2023.

DESIGUALDADES NA MAGNITUDE E TENDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015–2024.

Vitória Machado Santos Bastos¹

Sandra Vitória Thuler Pimentel

Gabriela Quaresma Vasconcelos

Luiza Carneiro da Cunha Faria

Fernanda Lopes do Nascimento

Helia Kawa

Sandra Costa Fonseca

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é uma doença infectocontagiosa sistêmica, crônica e acarreta importante morbimortalidade principalmente nos menores de um ano. Embora seja evitável, de tratamento simples, eficaz e disponível no SUS, ainda representa um importante problema de saúde pública e é considerada um evento sentinela da qualidade do pré-natal.

Apesar de ser alvo recorrente de políticas públicas no Brasil, o país continua distante da meta proposta pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 0,5 casos/mil nascidos vivos (NV). O Brasil é o responsável pela maioria dos casos notificados de SC nas Américas.

Em 2023, registraram-se cerca de 25 mil casos novos de SC, correspondendo a uma incidência de 9,9/mil NV. O Estado do Rio de Janeiro (ERJ), apresentou a taxa mais alta entre as unidades federadas (18,5/mil NV), alcançando quase o dobro da taxa de incidência nacional. [1]

Destaca-se na Região Metropolitana do ERJ (RMRJ) o município de Niterói, que possui IDHM de 0,837, ocupando a 1ª posição no ERJ e a 7ª do país. Entretanto, apresentou taxa de incidência de SC em 2023 de 12,5/mil NV, superando a taxa nacional e distante da meta de eliminação. [2]

OBJETIVO

O objetivo é analisar a distribuição temporal da taxa de incidência por SC, segundo variáveis sociodemográficas – idade, escolaridade e cor maternas –, em residentes do município de Niterói no período de 2015 a 2024.

METODOLOGIA

Utilizaram-se dados secundários disponíveis no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) acessados através da página da Secretaria Estadual de Saúde do ERJ.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: vitoriapms@id.uff.br

A análise compreende o período de 2015-2024 e considera idade da mãe, escolaridade, cor/raça. Para o cálculo da incidência da sífilis congênita, foi utilizado o número de casos novos confirmados por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano vezes 1000. Para analisar a tendência temporal, utilizou-se o programa *Joinpoint Regression*, que permite ajustar uma série de linhas de tendência e seus pontos de junção em uma escala logarítmica, a fim de estimar os percentuais anuais de mudança e determinar seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS

No período de 2015-2024 foram notificados 1053 casos de SC em Niterói, alcançando uma incidência, em 2024, de 13,2 casos/mil NV, sendo 26 vezes maior do que a meta recomendada pela OMS. A tendência temporal mostrou estabilidade no período estudado, com mudança percentual de -3,72%/ano, não significativa (IC: -12,4 a 6,1).

Em relação às variáveis maternas, os grupos com baixa escolaridade, adolescentes e mulheres pardas, foram os que apresentaram valores mais elevados, com taxas de 43,4, 18,8 e 16,0/mil NV, respectivamente, em 2024. Cabe destacar também as mulheres de média escolaridade, de 20 a 34 anos e pretas, com taxas de 15,4, 16,1 e 11,9/mil NV, respectivamente. Apenas mulheres com alta escolaridade (12 e mais anos de estudo) tiveram taxas <1/mil NV.

A completude dos dados foi boa para a variável idade materna, mas regular a ruim para cor da pele e escolaridade maternas.

Com relação à cor materna, observou-se estabilidade nas três categorias de cor/raça estudadas. Comportamento semelhante foi encontrado no estudo da escolaridade materna: as três variáveis analisadas se mantiveram estáveis. Na análise da faixa etária materna, observa-se que as mães adolescentes (15 a 19 anos) apresentaram redução percentual anual estatisticamente significativa da incidência de SC, de -11,78% (IC: -20,0 a -2,8), em contraste com as demais faixas, que mantiveram estabilidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar de sua condição socioeconômica, Niterói mantém altas taxas de incidência de SC, distante da meta da OMS.

As maiores incidências ocorreram nos grupos com baixa escolaridade, de 10 a 19 anos e de cor preta, corroborando estudos em outros municípios da RMRJ e expondo desigualdades no acesso aos serviços de saúde. [3-5]

Apesar da estabilidade temporal, a vulnerabilidade sociodemográfica se manteve como determinante de SC em Niterói. Houve decréscimo da taxa apenas em adolescentes, mas elas mantiveram taxas elevadas, demandando atenção especial. Deve ser assegurada uma assistência pré-natal mais equânime e qualificada no município, com diagnóstico oportuno e tratamento adequado, principalmente em populações mais vulneráveis, além da redução das desigualdades. Adicionalmente deve ser reforçada a importância da completude da ficha de investigação para variáveis sociodemográficas.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 2024: Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
- [2] Rio de Janeiro (estado). Secretaria de Saúde. Boletim epidemiológico 2023: Sífilis. Gerência de IST/AIDS. Rio de Janeiro: SES/RJ; 2023.
- [3] Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e8.
- [4] Moraes LS, Pimentel SVT, Kawa H, Fonseca S. Tendência da sífilis congênita no município mais populoso da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Rev Paul Pediatr. 2023;41:e2021337.
- [5] Paiva MFCM, Fonseca SC. Sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro, 2016-2020: perfil epidemiológico e completude dos registros. Med Ribeirão Preto. 2023;56(1):e198451.

DESIGUALDADES NO ACESSO E ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NAS REDES PÚBLICAS E PRIVADAS NO BRASIL

Deborah Machado de Oliveira¹

Julia Magalhães Cabral

Eloah Costa de Sant Anna Ribeiro

Aline Alves Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal é reconhecido como uma intervenção essencial para reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Apesar disso, a implementação está relacionada aos indicadores de saúde e ao desenvolvimento social de um país. Segundo o Ministério da Saúde, a assistência deve garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção, desde o atendimento básico até cuidados hospitalares de alto risco [1]. A adequação do pré-natal pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, qualidade dos serviços de saúde, idade materna, consumo de substâncias durante a gestação e falta de apoio familiar. Entretanto, a qualidade do pré-natal pode variar a depender da rede de atendimento, que pode ser pública ou privada [2]. No Brasil, esta situação sinaliza um outro indicador de desigualdades sociais, e pode ser captada através da sistematização de informações e inquéritos populacionais de saúde. Entre 2017 e 2019, foram identificados 4,7 milhões de partos ocorridos no país, onde mais de 90% haviam realizado consultas pré-natais durante a gravidez, porém ainda são escassos os estudos que tenham analisado o acesso e assistência no público e privado [3]. A cobertura do pré-natal no Brasil permanece alta, com avanços na qualidade dos serviços de saúde, porém, aponta-se que nem todas as mulheres recebem o atendimento com equidade e qualidade [4].

OBJETIVO

Analisar o acesso e assistência ao pré-natal entre a rede pública e a rede privada no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, utilizando dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada entre 2017 e 2019 (n=108.525 domicílios), que abrange adultos residentes em domicílios de todo o Brasil.

A presente pesquisa selecionou as positivamente à pergunta filtro “Na última vez que você engravidou, você fez pré-natal?” (n=2824). As informações utilizadas para avaliar o acesso e assistência do pré-natal foram: as semanas de início do pré-natal (até 12 semanas ou acima de 12 semanas), número de consultas realizadas, profissional que atendeu a maioria das consultas (médico ou enfermeiro),

realização de exame de sangue, urina, aferição da pressão arterial, verificação do peso gestacional, ausculta do coração do bebê e exame de mamas.

Foram analisadas porcentagem (%), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e o teste qui-quadrado (p -valor $< 0,05$) para avaliar associações entre variáveis e o atendimento na rede pública e privada. As análises foram realizadas no software STATA versão 16.0 (prefixo *svy*), considerando o delineamento amostral e os fatores de expansão fornecidos pelo IBGE considerando o indivíduo.

RESULTADOS

A prevalência de realização do pré-natal foi maior no atendimento público (70,3%, IC95%: 67,1%-73,3%) em comparação ao privado (29,7%, IC: 26,7%-32,9%). Em relação às características de acesso ao pré-natal, na rede pública 87,9% iniciaram o atendimento até 12 semanas e realizaram 6 ou mais consultas (83,9%). A maioria das consultas na rede pública foi realizada por médico (62,6%), entretanto, 37,4% ocorreram com enfermeiros. Na rede privada, evidenciou-se que aproximadamente 96,2% dos pré-natais se iniciaram em até 12 semanas, 95,3% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas e a maioria foi realizada por médico (97,4%) .

Quanto à assistência ao pré-natal, tanto no setor público como no setor privado, ocorreu a realização de mais de 90% de exame de sangue, exame de urina, aferição da pressão arterial (PA) e verificação de peso. A medição da barriga ocorreu em mais de 80% dos acompanhamentos em ambos os setores. Em relação à ausculta dos batimentos cardíacos, o setor público apresentou 78,4% enquanto o privado foi de 88,4%. Observou-se uma diferença entre a variável de exame das mamas, onde pacientes atendidas no setor privado apresentaram maior prevalência de terem suas mamas examinadas (62,9%) em relação às assistidas na rede pública (23,9%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O atendimento pré natal realizado por enfermeiros, tiveram destaque no setor público, enquanto no privado a maioria das consultas foi realizada por médico. Observou-se uma diferença significativa no número de consultas entre os dois setores, sendo menor no público concomitantemente com o início do pré natal que é mais tardio. Esses dados podem refletir desigualdades sociais, já que mulheres de classes socioeconômicas mais altas, que buscam o setor privado, têm maior estabilidade financeira e iniciam o pré-natal mais precocemente. Apesar da ampla cobertura das consultas, é crucial monitorar a atenção à gestante, especialmente na rede pública.

Sendo assim, o presente estudo contribui para o debate das iniquidades na assistência pré-natal, visando a equidade no cuidado e assistência em saúde, independente dos setores e também reforça a importância de como um alerta para políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde da gestante no SUS.

REFERÊNCIAS

- [1] Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Santos CAST, *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciência saúde coletiva*. outubro de 2022;27(10):3881-90.
- [2] Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2013;35(10):447-52.
- [3] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento, organizador. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida*. Rio de Janeiro: IBGE; 2021
- [4] Baratieri T *et al.* Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cadernos Saúde Pública*. 2022;38(3).

DESIGUALDADES RACIAIS NA ODONTOLOGIA: IMPACTO DAS POLÍTICAS DE INCLUSÃO NA CARREIRA DE DENTISTAS NEGROS E NA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Florival Costa Junior ¹

Vanessa Souto Paulo

Rita de Cassia Duarte Lima

Maria Angelica Carvalho Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A desigualdade racial na odontologia brasileira reflete um histórico de exclusão social e estrutural, impactando tanto a carreira dos dentistas negros quanto a saúde bucal da população negra. O racismo estrutural influencia diretamente o acesso e a progressão profissional desses profissionais, dificultando sua permanência e ascensão no mercado de trabalho, mesmo com políticas afirmativas. [1] A representatividade racial ainda é reduzida, limitando redes de apoio e mentorias para dentistas negros, além de afetar sua inserção acadêmica e científica. [2]

Essa realidade está ligada a um ensino superior historicamente elitizado, que começou a ser democratizado com ações afirmativas. [3] Na assistência odontológica, fatores como racismo estrutural e determinantes sociais da saúde ampliam disparidades no acesso e na qualidade dos serviços. [4] O SUS, apesar dos avanços em equidade, ainda enfrenta desafios como falta de financiamento, resistência institucional e subnotificação da discriminação racial. [5]

OBJETIVO

Analisar o impacto das políticas de inclusão na formação e progressão de dentistas negros, bem como o papel da gestão em saúde na mitigação das desigualdades raciais na saúde bucal da população negra. O estudo busca avaliar ações afirmativas no ensino superior e no mercado de trabalho odontológico, além de discutir o papel da gestão pública na redução das disparidades no acesso à saúde bucal.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura integrativa nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Scholar, considerando estudos publicados entre 2000 e 2024. Os critérios de inclusão envolveram artigos e teses que abordam desigualdades raciais na odontologia, políticas afirmativas na formação acadêmica e intervenções de gestão em saúde bucal voltadas à população negra.

Foram analisadas publicações que investigam os impactos de programas de cotas raciais, iniciativas de mentoria para dentistas negros e políticas públicas que promovem o acesso equitativo

1 Universidade Federal do Sul da Bahia. E-mail: florivalcosta.01@hotmail.com

aos serviços odontológicos. Além disso, consideraram-se pesquisas sobre formação profissional com foco em competências culturais e sensibilização racial no atendimento odontológico. Dessa forma, foi possível identificar barreiras institucionais enfrentadas por dentistas negros e lacunas na implementação de políticas públicas voltadas à equidade racial na saúde bucal.

RESULTADOS

As políticas afirmativas na educação superior, como as cotas raciais, ampliaram a presença de dentistas negros no mercado de trabalho, promovendo maior diversidade nas graduações de odontologia e contribuindo para reduzir desigualdades históricas. [3] No entanto, apesar do avanço no ingresso acadêmico, a progressão profissional desses profissionais ainda enfrenta desafios estruturais, como barreiras institucionais, racismo velado e a ausência de redes de apoio e mentorias específicas para dentistas negros, dificultando sua inserção e permanência no mercado de trabalho. [2]

Programas de mentoria e redes de apoio profissional demonstraram impactos positivos na progressão de carreira, auxiliando na redução de barreiras institucionais, na ampliação de oportunidades acadêmicas e na inclusão de dentistas negros em espaços de pesquisa e ensino superior. [1] No âmbito da saúde bucal da população negra, políticas públicas que adotam ações antirracistas e estratégias de equidade na gestão do SUS mostraram-se eficazes na ampliação do acesso a serviços odontológicos de qualidade. [4]

Iniciativas como a educação em saúde voltada para a conscientização sobre o racismo estrutural e a formação continuada de profissionais com foco na diversidade cultural foram fundamentais para reduzir disparidades no atendimento odontológico. [5]

No entanto, a implementação dessas políticas ainda enfrenta desafios estruturais, como a falta de investimentos, a resistência institucional e a subnotificação de casos de discriminação racial nos serviços de saúde, dificultando a efetividade das medidas de equidade. [4] Além disso, a ausência de dados sistemáticos e pesquisas aprofundadas sobre a equidade racial na odontologia representa uma barreira na formulação de políticas públicas eficazes, impedindo a mensuração do impacto das ações afirmativas já implementadas e dificultando o aprimoramento de estratégias futuras. [3]

A invisibilidade do cuidado em saúde para a população negra reflete diretamente na precarização do atendimento odontológico, perpetuando desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços prestados. [5] Garantir que políticas afirmativas sejam acompanhadas por ações estruturais e sustentáveis é essencial para reduzir desigualdades raciais na odontologia. Um modelo de gestão em saúde que valorize a equidade racial e adote medidas antirracistas pode contribuir significativamente para mudanças duradouras. Isso inclui ações voltadas para a capacitação profissional de dentistas negros, o fortalecimento de redes de apoio e a ampliação do acesso à saúde bucal para populações vulneráveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O combate às desigualdades raciais na odontologia exige a continuidade e ampliação das políticas de inclusão, tanto na educação superior quanto na gestão pública da saúde. É fundamental que a formação acadêmica e a administração dos serviços odontológicos priorizem a equidade racial, garantindo oportunidades justas para dentistas negros e melhorando o atendimento odontológico da população negra. A criação de espaços de escuta e participação da comunidade negra na formulação de políticas públicas é essencial para garantir mudanças efetivas e sustentáveis.

A equidade na odontologia não se restringe ao acesso ao ensino superior, mas também à inserção e progressão de profissionais negros no mercado de trabalho e à garantia de um atendimento humanizado e culturalmente sensível. A superação das barreiras raciais no setor odontológico exige comprometimento governamental contínuo, fortalecimento de políticas públicas e a implementação de ações antirracistas na gestão da saúde. O fortalecimento de programas de mentoria e a ampliação do acesso à formação qualificada para dentistas negros são medidas fundamentais para consolidar avanços e promover um sistema de saúde mais justo e acessível.

REFERÊNCIAS

- [1] Barreto PC da S. Gênero, raça, desigualdades e políticas de ação afirmativa no ensino superior. *Rev Bras Cienc Polit.* 2015;(17):39-64.
- [2] Besserra JPR, et al. O que os olhos não veem, a cor sente: sobre a (in) visibilidade científica da questão racial e a democratização do ensino superior na odontologia. Tese de Doutorado. 2023.
- [3] Gomes ICR, et al. Implementação da política nacional de atenção integral à saúde da população negra na Bahia. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):1-12.
- [4] Lima JMS, et al. A invisibilidade do cuidado em saúde na população negra. *J Multidiscip Dent.* 2021;11(2):14-20.
- [5] Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE OCUPACIONAL: UM ESTUDO SOBRE NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO NO RS

Matheus Gonçalves Ferreira¹

Fernanda Souza de Bairros

Matheus dos Anjos Catasblancas

Francyne da Silva Silva

Iasmin de Oliveira Carneiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador têm um impacto importante na saúde dos trabalhadores, na economia e no desenvolvimento social, e é influenciada por determinantes sociais que moldam as condições de vida e trabalho, contribuindo também, para as iniquidades. Trabalhadores negros, frequentemente sujeitos a condições precárias e racismo estrutural, são desproporcionalmente afetados. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reconhece esses fatores e busca promover a vigilância e a saúde nos ambientes ocupacionais. Nesse contexto, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) têm um papel importante na coleta e análise desses dados, destacando-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), essencial para registrar doenças e agravos relacionados ao trabalho. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), o critério para raça/cor/etnia é o da autodeclaração, onde o próprio usuário define sua categoria, considerando não só os traços físicos, mas também aspectos subjetivos do indivíduo. Contudo, apesar de sua obrigatoriedade nos SIS desde 2017, o SINAN enfrenta desafios na completude dessa variável, que é necessária para revelar disparidades raciais e sociais. O estudo analisou a completude dessa variável, focando nas regiões do Rio Grande do Sul (RS) que apresentaram os piores índices.[1-6]

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar a completude da variável raça/cor/etnia nas notificações de acidente de trabalho registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no RS. A partir dessa análise, buscou-se categorizar os dados conforme os critérios estabelecidos por Romero e Cunha[3], evidenciando as deficiências nos registros e destacando as regiões e períodos com maior índice de incompletude no preenchimento dessas informações. Utilizando uma abordagem descritiva e quantitativa, foram analisadas notificações extraídas do SINAN relacionadas ao volume “Y96” do capítulo “XX” da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)[4]. Esse tipo de pesquisa se caracteriza por descrever e analisar fenômenos sociais a partir de dados numéricos, utilizando técnicas estatísticas para a interpretação dos resultados[5]. A completude foi avaliada com base nos critérios de Romero e Cunha[3], que classifica a completude como excelente (menor que 5% e “ignorado/em

branco”), bom (entre 5% e 10%), regular (entre 10% e 20%), ruim (entre 20% e 50%), ou muito ruim (igual ou maior que 50%), categorizando os registros de acordo com índices de incompletude, organizados por região e ano. A análise da qualidade do preenchimento foi feita utilizando o programa TABNET.

METODOLOGIA

Ao longo desse período, o RS registrou 166.882 notificações de acidentes de trabalho, representando um aumento expressivo de 307,8% entre 2012 e 2022. No entanto, o aumento na quantidade de notificações não foi acompanhado por uma melhora na qualidade dos dados, com a variável raça/cor/etnia apresentando lacunas significativas. O Rio Grande do Sul, é composto por 30 regiões de saúde e embora, no estado, a classificação geral para esse período seja “bom”, o ano de 2014 foi classificado como “regular”. Em 2014, a Região 09–Carbonífera/Costa Doce (Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes), destacou-se negativamente, com 42,3% dos registros classificados como “ignorado/em branco”. [3] Anos como 2019 e 2021 mantiveram índices acima de 30% de incompletude na região, ilustrando fragilidades persistentes. Apenas uma das regiões a Região 19–Botucaraí (Arvorezinha, Barros Cassal, Campos Borges, Espumoso, Fontoura Xavier, Ibirapuitã, Itapuca, Lagoão, Mormaço, Soledade, Tapera, Tio Hugo e Tunas) manteve durante o período de análise a completude classificada como “excelente”. Esses resultados destacam fragilidades relacionadas à completude dos registros da variável raça/cor/etnia no SINAN, fletindo desafios contínuos que dificultam a identificação de disparidades e a elaboração de políticas públicas eficazes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise revelou fragilidades nos registros da variável raça/cor no SINAN, destacando períodos e regiões com índices expressivos de incompletude. O estudo limitou-se a avaliar a qualidade dos dados, sem investigar os fatores determinantes. A falta de informação completa dificulta a formulação de políticas públicas efetivas voltadas para a redução das iniquidades e a promoção da inclusão racial. Para mitigar essas disparidades, é necessário capacitar profissionais de saúde, padronizar os SIS e reforçar a implementação de políticas como a PNSTT[1] e a PNSIPN[6]. O fortalecimento dessas ações deve ser acompanhado de monitoramento e avaliação constante, além da promoção de campanhas de conscientização para incentivar a inclusão social e o combate ao racismo[2]. Somente com esforços conjuntos entre diferentes setores e níveis da sociedade será viável transformar o atual cenário, garantindo que os SIS contribuam para um sistema de saúde mais justo, inclusivo, eficiente e antirracista.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Diário Oficial da União; Brasília, DF; 2012.
- [2] Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade. 2016;25(3):535-549.
- [3] Romero M, Cunha CC. Critérios para avaliação da completude nos sistemas de saúde. Rev Adm Saúde. 2007;4(3):45-59.
- [4] Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças (CID-10). V.Y96. Genebra: OMS; 2019.
- [5] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Diário Oficial da União; Brasília, DF; 2017.

DESIGUALDADES, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: ANÁLISE DO PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO SAE DE JUIZ DE FORA EM 2023

Joseane Barbosa de Lima¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta uma análise preliminar da pesquisa “Perfil socioeconômico das(os) usuárias(os) do Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/AIDS (SAE) do município de Juiz de Fora–MG”, baseada em dados sistematizados pela assistente social do serviço, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2023. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob parecer nº 7.119.449.

O trabalho aponta a relevância da atuação do Serviço Social nesse contexto especializado, destacando seu papel na mediação entre as necessidades sociais dos usuários e as políticas públicas de proteção.

A análise do perfil socioeconômico dos usuários revela a prevalência de pessoas em situação de vulnerabilidade, com baixa escolaridade, desemprego e pertencimento às classes populares, além da presença significativa de pessoas negras e trans, historicamente marginalizadas. Os dados evidenciam as interseccionalidades entre desigualdades de classe, raça e gênero, apontando para a necessidade de políticas públicas mais equitativas e de práticas profissionais comprometidas com os direitos humanos e a justiça social.

OBJETIVO

Analisar o perfil socioeconômico das(os) usuárias(os) atendidas(os) pelo Serviço Social no Serviço de Assistência Especializado IST/HIV/AIDS de Juiz de Fora, no período de janeiro a dezembro de 2023.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal baseado em dados secundários obtidos de planilhas organizadas pelo setor de Serviço Social do SAE. Foram sistematizadas informações de 1.175 usuários atendidos pelo Serviço Social no ano de 2023. Considerou-se os seguintes critérios: idade, raça/cor, identidade de gênero, escolaridade, cadastro no CadÚnico, renda, classe social, bairro de origem, ocupação e tipos de encaminhamentos realizados. A análise dos dados foi realizada por meio de estatísticas descritivas, permitindo identificar padrões sociodemográficos, demandas apresentadas ao Serviço Social, e territórios mais frequentemente vinculados ao atendimento.

RESULTADOS

O assistente social exerce papel estratégico na formulação, execução e avaliação das políticas públicas, atuando em defesa dos direitos sociais por meio de ações socioeducativas voltadas à redução das desigualdades e à promoção da inclusão(1).

Na política de enfrentamento ao HIV/AIDS, o Serviço Social contribui para o fortalecimento dos direitos dos usuários com ações que articulam dimensões assistenciais, preventivas e educativas. Essa atuação envolve acolhimento, orientação, articulação com redes de proteção e apoio ao acesso contínuo aos serviços de saúde (2). O trabalho é marcado pela escuta qualificada, mediação de demandas sociais e enfrentamento das vulnerabilidades.

Em 2023, o Serviço Social do SAE de Juiz de Fora realizou cerca de 1175 atendimentos. A maioria dos usuários tinha entre 40 e 59 anos. Declararam-se brancos (565), pardos (375) e pretos (234). Essa composição aponta para a presença expressiva de pessoas negras (pretas e pardas), o que reforça a importância de considerar recortes étnico-raciais nas análises sobre acesso à saúde e vulnerabilidades sociais. Homens cisgêneros foram maioria (647), seguidos por mulheres cis (485) e mulheres trans (42), evidenciando a importância do acolhimento sem discriminação nos serviços. A escolaridade predominante foi ensino médio completo (365), seguido do fundamental incompleto (339), sendo que 59% possuíam cadastro no CadÚnico. O principal encaminhamento foi a solicitação do Passe Livre (704 registros), seguido por acolhimentos (71).

Os dados reafirmam a relevância do Serviço Social nesse espaço sócio ocupacional, integrando o atendimento às demandas imediatas à mediação com as políticas públicas de proteção social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise dos dados evidencia um perfil de usuários profundamente marcado por vulnerabilidades sociais, como baixa renda, baixa escolaridade, desemprego e forte dependência de políticas assistenciais. Nesse cenário, o Serviço Social assume papel essencial no acolhimento das demandas trazidas pelos usuários, atuando como mediador entre suas necessidades concretas e os direitos garantidos pelas políticas públicas.

A identificação do perfil socioeconômico dos usuários contribui para a qualificação do planejamento de ações intersetoriais, promovendo maior efetividade no cuidado e favorecendo a construção de políticas públicas voltadas à equidade no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Apesar das limitações institucionais enfrentadas no cotidiano, o trabalho do assistente social no SAE busca responder às expressões da questão social, construindo espaços de escuta, orientação e defesa de direitos (2). Dessa forma, reafirma-se a importância do Assistente Social na equipe de saúde, atuando sob a perspectiva da saúde como direito e fortalecendo o compromisso ético-político da profissão com a justiça social.

REFERÊNCIAS

- (1) Iamamoto MVL. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 12. ed. São Paulo: Cortez; 2009.
- (2) Militão RMSA, Braz VAG. A inserção do assistente social no Serviço de Assistência Especializada/SAE a pessoas que vivem com HIV/AIDS [Anais]. In: II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro; 2016 maio 11-13; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: CRESS/RJ; 2016.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DE CATADORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Cristina Albuquerque Douberin¹

Suellem Cristina de Sousa Oliveira Santos

Lucilane Maria Sales da Silva

Karen Patrícia Varão de Almeida Oliveira

Antônio Diego Costa Bezerra

André Cardoso Tavares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os catadores têm como trabalho inicial separar manualmente os materiais que possam ser de utilidade reciclável e/ou até mesmo de uso próprio, geralmente, sem proteção. Para eles, resíduo é visto como uma fonte de manutenção da vida, sustento e sobrevivência. Uma possível decorrência dessa percepção é que os catadores percebem os riscos do trabalho, mas não o relacionam com problemas de saúde e não associam a doença ao trabalho com resíduos. Os catadores têm o entendimento de saúde como a capacidade de trabalhar, por isso acreditam que não adoecem, ao mesmo tempo em que têm medo de contrair doenças graves sem cura. [1-2]

É de responsabilidade governamental e de direito público o acesso a saúde, mas, diante de tantas intercorrências, esses direitos às vezes não se alinham à realidade das populações. Ademais, embora tenha havido diversos avanços na Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), os catadores, em sua maioria, ainda estão inseridos em um cenário repleto de condições insalubres, sem equipamentos de proteção individual (EPI) e de equipamentos de proteção coletiva (EPC), com carga horária de trabalho indefinida, sem remuneração adequada, e suscetíveis a diversos riscos que colocam sua saúde em xeque. [3]

OBJETIVO

Esta pesquisa teve por objetivo descrever os principais determinantes sociais de saúde a que estão expostos os catadores de resíduos sólidos. Dessa forma, consequentemente, pretendeu-se também diminuir a invisibilidade que tanto delinea a vida dessa população específica e instigar a sensibilização para implementação de ações mais eficazes no que tange à melhoria no seu processo saúde-doença.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de cunho descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado no mês de julho de 2023 e desenvolvido no município de Colinas, estado do Maranhão (MA), nas residências dos catadores de resíduos sólidos, que se localizam nos entornos ao lixão, no bairro Conjunto Habitacional Vovó Noeme.

1

Universidade Estadual do Ceará. E-mail: albuquerque.douberin@aluno.uece.br

Os participantes totalizaram 14 indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem catadores de resíduos sólidos, residentes do município de Colinas – MA, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para as entrevistas, utilizou-se um roteiro semiestruturado, que contemplou 20 itens. A técnica de análise dos dados foi a de conteúdo, de Bardin (2011), que se estrutura em três fases: 1) pré análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Ademais, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão, com parecer de nº 5.695.461 e CAAE nº 58544322.2.0000.5554, tendo-se seguido, ainda, os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Os catadores são cientes das dificuldades que os rodeiam por estarem de frente a um sistema discriminatório e injusto, que, por vezes, não direciona ações a favor das minorias, consequentemente contribuindo para a perpetuação das vulnerabilidades sociais. Grande parte das queixas citadas por eles se refere à quantidade de insetos e fumaça que rodeiam as suas moradias, fatores estes, alarmantes para o aparecimento de doenças como as do trato gastrointestinal e as do trato respiratório.

Diante das construções feitas até aqui, é quase impossível afirmar que os entrevistados (as) saibam, de forma evidente, algo sobre as patologias que já os acometeram, devido ao fato, principalmente, de quase nunca terem ido em busca de serviços de saúde quando apareceram quaisquer sinais/sintomas em si próprio ou nos familiares.

São vários os riscos que envolvem os catadores de lixo reciclável na concretização do seu trabalho, por realizarem tarefas que exigem esforços físicos e exposição a fatores de riscos físicos, químicos, ergonômicos, biológicos e sociais. Entre estes riscos destacam-se: atropelamento, queda grave, cortes, ferimentos, esforço excessivo, contato com agentes biológicos ou patogênicos. [2]

Parcela considerável dos catadores de resíduos sólidos alega, ainda, que tem que solicitar o pedido de água aos órgãos públicos através de envio de “carro pipa”, pois referiram que por terem suas casas mais rebaixadas no centro do lixão, a água encanada não chega até suas torneiras, o que dificulta ainda mais suas rotinas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Afirma-se que o objetivo do estudo foi alcançado, uma vez que a descrição dos principais determinantes sociais de saúde foi devidamente citada e discutida.

Além de todas as dificuldades relacionadas à rotina de vida do público-alvo aqui expostas, é importante salientar que as autoridades da esfera estadual já os visitaram e, com isto, surgiu a “promessa” de melhorias na qualidade de vida, através da construção do aterro sanitário, colocando assim, fim ao

lixão de céu aberto; da remuneração justa e individual de cada um, e da diminuição dos riscos de doenças desenvolvidas através da distribuição de equipamentos de proteção individual e coletiva.

A pesquisa se fez importante, ainda, por retratar a trajetória dos entrevistados, que é marcada por lutas e crenças em um futuro melhor, com menos preconceitos, menos desigualdades e vulnerabilidades, mas sim com acesso a condições básicas de vida e saúde, e, conseqüentemente, à promoção da igualdade de oportunidades em todas as esferas.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos AA, Fagundes CH, Rodrigues TV, Sanjulião LKAF, Borges VJP, Reis MJ. Segurança no trabalho de catadores de reciclados. *Work safety of recyclers. Brazilian J Business*. 2019;1(2):698-710.
- (2) Silva CM. Trabalho, economia solidária e catadores de recicláveis: desigualdades de gênero e de raça, em busca de cidadania. *Rev ABET*. 2014;13(2):248-261.
- (3) Sant'ana D, Metello D. Reciclagem e inclusão social no Brasil: balanço e desafios. In: Pereira CJ, Goes FL. *Catadores de materiais recicláveis: um encontro nacional*. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E O ACESSO A CANNABIS MEDICINAL POR MORADORES DE FAVELAS

Marcelo Lima dos Santos¹

Nilza Rogéria de Andrade Nunes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde requerem um aprofundamento crítico sobre as categorias teóricas que orientam a compreensão suas assimetrias. Na saúde coletiva, a noção de determinação social da saúde emerge como conceito central nos estudos sobre desigualdade, embora sejam objeto de disputas epistemológicas e políticas. A cannabis medicinal, especialmente o canabidiol (CBD), tem ganhado relevância na agenda da saúde. Reconhecida por seus efeitos terapêuticos e representando uma alternativa viável para pacientes que não encontram alívio nos tratamentos convencionais seu acesso é marcado por barreiras econômicas, políticas e sociais, refletindo desigualdades históricas e estruturais que impedem uma distribuição equitativa do tratamento. O sistema de regulação brasileiro, influenciado pelo proibicionismo e por políticas de guerra às drogas, restringe o acesso à cannabis medicinal, privilegiando setores que podem arcar com altos custos. Enquanto isso, moradores de favelas e periferias, além de enfrentarem dificuldades financeiras, também lidam com a criminalização dos territórios onde vivem, tornando o acesso a esses tratamentos ainda mais precário. Diante dessa realidade, é fundamental analisar o acesso à cannabis medicinal sob a perspectiva da determinação social da saúde, identificando os desafios impostos pela regulação vigente e suas implicações para populações vulnerabilizadas.(1)

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é refletir sobre como as desigualdades sociais no acesso à saúde impactam na obtenção de tratamentos à base de canabidiol por moradores de favelas do Rio de Janeiro, analisando a relação entre determinação social da saúde e políticas de acesso a esse recurso terapêutico.

METODOLOGIA

Para responder a essa problemática, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os conceitos de determinação social da saúde bem como uma análise documental de legislações e políticas públicas relacionadas ao uso da cannabis medicinal no Brasil. Este estudo em curso adota uma abordagem qualitativa para analisar o acesso à cannabis medicinal sob a perspectiva da determinação social da saúde junto a moradores de favelas da cidade do Rio de Janeiro. Utilizando o referencial da pesquisa-ação, a pesquisa se desenvolve junto a uma organização de base comunitária que atua na defesa

1

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: lima.seso@gmail.com

do acesso ao canabidiol por moradores de favelas e periferias, num enfrentamento direto às assimetrias para acesso a medicação, bem como expondo as desigualdades impostas, num movimento de garantia de direito e advocacy.

RESULTADOS

As determinações sociais da saúde permitem uma compreensão mais ampla das causas estruturais das desigualdades em saúde. Este conceito fornece subsídios para uma melhor compreensão das desigualdades sociais em saúde, fornecendo condições de capturar as explicações e mediações históricas e sociais do processo saúde-doença e de suas interações com o acesso a cannabis medicinal para moradores de favelas. Periódicos especializados em saúde têm mostrado um aumento na importação da cannabis medicinal, no entanto, o preço, a quantidade ínfima de médicos prescritores e a demanda por ensaios clínicos, tem resultado em um acesso restrito, contribuindo para que apenas uma parcela da população tenha acesso a cannabis em sua forma medicinal. No estado do Rio de Janeiro, foi sancionada em 2023, uma Lei que dispõe sobre o fornecimento gratuito de medicamentos à base de canabidiol (CBD) aos pacientes que comprovarem hipossuficiência. No entanto, a Lei não foi efetivada de imediato, pois não prevê quais os diagnósticos que serão tratados com o CBD. Para esta definição, foi criada uma comissão na secretaria estadual de saúde, para discutir quais os tipos de tratamentos que serão beneficiados pelo acesso a produtos à base de cannabis medicinal no estado via SUS. Os resultados evidenciam que o acesso à cannabis medicinal por moradores de favelas do Rio de Janeiro ainda enfrenta desafios significativos, marcados por barreiras econômicas, regulatórias e estruturais. Apesar dos avanços legislativos, a efetivação dessas políticas é limitada, restringindo o direito ao tratamento. Dessa forma, reforça-se a necessidade de medidas que promovam equidade no acesso à saúde, garantindo que a cannabis medicinal esteja disponível para todos que dela necessitam.(2-4)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa em desenvolvimento evidencia que a luta pelo acesso à cannabis medicinal no Brasil está profundamente ligada às desigualdades estruturais que atravessam a sociedade brasileira, especialmente nas favelas do Rio de Janeiro, onde a política de guerra às drogas criminaliza territórios e populações vulneráveis, agravando a exclusão social. Para garantir o direito à saúde, é essencial construir políticas públicas inclusivas e baseadas na equidade, fortalecer movimentos sociais e instituições que defendem o acesso ao canabidiol, além de promover mudanças legislativas e ampliar a disponibilização desse tratamento no SUS. O estudo busca contribuir para o debate, evidenciando como as desigualdades impactam o direito à saúde e propondo reflexões sobre políticas públicas que assegurem um acesso mais justo e equitativo a esse recurso terapêutico.

REFERÊNCIAS

- (1) Napolião P. Plantando saúde e reparação: o uso terapêutico da maconha nas favelas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. ONG Movimentos; 2023. Disponível em: <https://www.movimentos.org.br/maconha-terapeutica-nas-favelas>
- (2) Silva LB, Bicudo V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. *In*: Trabalho e saúde. Rio de Janeiro: Mórula; 2022.
- (3) Du Bocage CSP, Esher A, Oliveira CVS, Osorio-de-Castro CGS. Expansão do mercado da Cannabis medicinal no Brasil e as lacunas regulatórias. *Cad. Saúde Pública* 2024;40(11):e00088624
- (4) Rio De Janeiro (Estado). Lei Estadual (RJ) Nº 10.201 de 2023, dispõe sobre o fornecimento gratuito de medicamentos à base de canabidiol (CBD) aos pacientes que comprovarem hipossuficiência.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA X COVID-19: O QUE A PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL TEM A DIZER?

Carina Paola Lima da Costa de Sales¹

Maria Helena de Jesus Bernardo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esta pesquisa – resultado de um trabalho de conclusão de residência (TCR)–tem por objeto de estudo as produções no âmbito do Serviço Social sobre determinação social do processo saúde-doença, no contexto da pandemia de Covid-19. Considerando que a determinação social é uma concepção crítica que pressupõe os impactos que as condições de vida e de trabalho e, principalmente a inserção de classe social, trazem para os usuários dos serviços de saúde [1] e que a pandemia da Covid-19 trata-se não apenas de uma crise sanitária, mas é uma amostra das crises cíclicas do capital, a qual atinge significativamente esse segmento (dos trabalhadores) [2]; indaga-se como o Serviço Social, durante o período da pandemia pela Covid-19, desenvolveu a temática e, sobretudo, se emergiu a disputa entre as concepções de determinação social e os determinantes sociais de saúde (DSS). Souza e Moraes [3] apontam para uma diferenciação da epidemiologia latino-americana e norte-americana, reconhecendo a predominância desta última no Brasil. Mas, sobretudo, a existência de uma concepção latino-americana, de tradição marxista (aqui se referindo à determinação social de saúde) que traz uma visão mais abrangente sobre o processo saúde-doença, englobando críticas ao modo de produção capitalista como arraigado às questões da saúde/doença/cuidado.

OBJETIVO

Objetivou-se analisar a produção bibliográfica do Serviço Social sobre a determinação social na pandemia. Além disso, como objetivos específicos: mapear os artigos sobre a determinação social no período supracitado; relacionar os resultados com as produções críticas sobre a temática; identificar como o debate sobre a determinação social e os determinantes sociais se articulam na bibliografia; promover reflexões a acerca da importância da discussão sobre a temática entre os assistentes sociais.

METODOLOGIA

Neste estudo foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa e bibliográfica de artigos que versam sobre o objeto de estudo em questão no período pandêmico (2020-2022) e acessadas na plataforma da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social (ABEPSS). Os dados foram interpretados com base no método crítico dialético [4]. O tipo de amostragem foi a não probabilística (intencional ou de seleção racional), pois os seus elementos foram selecionados conforme a existência de relações com as características do objeto de estudo; e de conveniência, pois abrangeu os artigos

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. E-mail: carinaseso@gmail.com

que a autora conseguiu acessar virtualmente, a partir de uma listagem de periódicos acessadas pelo site da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Inicialmente, para o levantamento e seleção do material utilizamos um roteiro de questões, em seguida foi realizada uma leitura exploratória, basicamente o título e o resumo dos artigos, e elencados os artigos pertinentes. Em seguida, foi feito um pequeno resumo destes materiais e sua catalogação. Por fim, uma leitura aprofundada da amostra, fazendo articulações com a temática e entre os autores.

RESULTADOS

Das 19 revistas elencadas no site da ABEPSS, analisamos 18. Apenas uma revista (Oikos) não foi utilizada, pois se trata de um periódico do campo da Economia. Das 116 edições/volumes de revistas que fizeram parte desta pesquisa, ao longo de 3 anos, encontramos apenas 9 artigos que versavam sobre o objeto de estudo. Dois artigos da revista “Seso em Perspectiva” que inicialmente haviam sido selecionados foram também depois descartados, pois discutiam sobre o Serviço Social e a Pandemia, mas não apontavam para determinação social da saúde. Observou-se que o Serviço Social vem avançando nas produções sobre a determinação social do processo saúde-doença e que a maioria dos autores desta amostra discutiram tal temática de maneira crítica, apropriando-se da categoria, a partir da perspectiva marxista para problematizar a pandemia e articulando reflexões contemporâneas sobre as disputas ideológicas em torno dos conceitos. A pesquisa demonstrou que o Serviço Social não teve um volume significativo de produções bibliográficas sobre a temática ao longo da pandemia nas revistas pesquisadas, o que coaduna parcialmente com a hipótese da pesquisa. Entretanto, podemos afirmar que quantitativamente o número de artigos não é expressivo, mas qualitativamente sim, pois todos os artigos analisados foram críticos e apontaram para um adensamento teórico sobre o tema. Então, concluiu-se que o Serviço Social produziu qualitativamente sobre a temática e o debate vem tomando forma ao longo dos últimos 7 anos. Por isso, consideramos que o objetivo geral foi atingido, visto que conseguimos mapear e problematizar parte da produção do Serviço Social em revistas de grande circulação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Na pandemia, observamos as desigualdades de acesso da população ao cuidado em saúde. Apesar do volume de informações, quem eram os sujeitos que poderiam fazer o isolamento social, lavar as mãos corriqueiramente, usar máscara, trabalhar de home office, etc? A pandemia atingiu a todos, mas as formas de vivenciá-la foram diversas. Não à toa que o primeiro óbito pela covid-19 foi de uma mulher, negra, trabalhadora assalariada/doméstica. Portanto, o debate da determinação social em sua matriz crítica e marxista, como observado na pesquisa, é fundamental para problematizar as desigualdades que foram exacerbadas na pandemia, e, em especial para o Serviço Social que lida diretamente com as expressões da questão social. Não são apenas os fatores sociais vistos de modo descontextualizado que devem ser considerados, mas a forma como a nossa sociedade produz e reproduz socialmente, com impactos distintos na vida dos sujeitos marcados por suas condições de classe social, raça/etnia e gênero.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva LB; Bicudo V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: Discutindo conceitos e perspectivas. In: Santos TVC; Silva LB; Machado TO, organizadores. Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula; 2022. p. 115-131.
- [2] Silva LB, Castro MM de C e, Souza R de O. Crises econômica e sanitária: notas de continuidade. Temporalis. 2021;21(41):34-52. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34822>
- [3] Santos Souza N, Moraes CAS. Determinantes sociais da Saúde e sífilis gestacional: estudo realizado no Programa Municipal IST/Aids, no Norte Fluminense. Soc Deb. 2021;27(3):197-212. Disponível em: <https://revistas.ucpel.tche.br/rsd/article/view/2960>
- [4] Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS; Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

DETERMINAÇÃO SOCIAL E DIFERENÇA DE GÊNERO NO DESFECHO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Samara Cristina da Silva Cabral¹

Márcia Silveira Ney

Mirian Teresa de Sá Leitão Martins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A cardiopatia isquêmica é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Entre os fatores de risco estão o sedentarismo, obesidade, hipertensão e o tabagismo. Ambos os sexos estão suscetíveis ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, contudo, apesar de a prevalência de IAM ser maior no sexo masculino, a taxa de mortalidade é maior no feminino. Não há uma explicação unânime para esse achado, porém autores apontam para três fatores principais que poderiam justificar a maior mortalidade em mulheres: fatores biológicos, sociais e assistência médica desigual.

OBJETIVO

Discutir os fatores que justificam a maior mortalidade das mulheres que sofrem IAM em relação aos homens.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica, com o levantamento dos artigos nas bases de dados PubMed, SciELO e DataSUS com os descritores “diferença de gênero e infarto” e “IAM em mulheres”. Foram selecionados 3 artigos, excluindo artigos que não abordam especificamente o tema proposto e artigos duplicados.

RESULTADOS

As mulheres apresentam fatores biológicos adicionais específicos ao IAM por parto prematuro, diabetes gestacional e queda do estrogênio na transição para menopausa, hormônio conhecido como protetor do sistema cardiovascular. Contudo, esses indicadores não são suficientes para explicar o desfecho do IAM em toda sua extensão, em que alguns autores consideram ser do sexo feminino fator independente para mortalidade em quadros cardiovasculares.

Dados do Inquérito Nacional de Saúde americano demonstram que a angústia psicológica pode duplicar o risco de piora na evolução clínica do paciente vítima de IAM [1]. Nesse cenário, tensões sociais presentes no papel feminino, como a dupla jornada de trabalho, a monoparentalidade e a desigualdade de gênero tornam as mulheres mais vulneráveis a prognósticos ruins quando comparadas aos homens.

1

Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: cabral.samaracriss@gmail.com

Em relação à assistência médica após IAM, as recomendações internacionais indicam tratamento igualitário entre os gêneros, mas, na prática, as mulheres são menos propensas a receberem terapias de transfusão, revascularização e terapias farmacológicas indicadas pelas diretrizes no momento de alta hospitalar [2]. Tal fato pode ser explicado pela subestimação da dor feminina que é invisibilizada por discursos machistas de que as mulheres possuem maior resistência à dor ou são mais histéricas que os homens.

Outro estudo de coleta de dados realizado em Portugal, indicou que todos os tempos inerentes ao manejo terapêutico do IAM foram significativamente maiores em mulheres do que homens. E que, quando as pacientes receberam os cuidados recomendados, em tempo adequado, a diferença de mortalidade entre os dois sexos caiu em quase todas as circunstâncias [3].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir dessa análise, é válido apontar que as mulheres são substancialmente mais propensas a serem vítimas de negligência no atendimento médico diante do quadro de IAM. Compreender e identificar as especificidades femininas que aumentam o risco da doença podem auxiliar em intervenções específicas para o sexo, de modo a facilitar o tratamento e gerenciar os fatores de risco. Contudo, não é possível ignorar que o tipo de assistência à saúde também é um preditor para a ocorrência e desfecho do caso em que o tratamento igualitário entre homens e mulheres não é uma realidade e implica na maior mortalidade feminina.

REFERÊNCIAS

- (1) Schmidt K, Lima AS, Schmitt KR, Moraes MA, Schmidt MM. Instituto de Cardiologia, Porto Alegre, RS Stress in Women with Acute Myocardial Infarction: A Closer Look. 2022
- (2) Alabas OA et al. Sex differences in treatments, relative survival, and excess mortality following acute myocardial infarction: National cohort study using the SWEDEHEART registry. J American Heart Association. 2017;6(12). DOI: 10.1161/JAHA.117.007123
- (3) Oliveira CC, Vilela F, Braga C, Costa J, Marques J. ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Differences between Genders—A Single Center Retrospective Analysis. Arq Bras Cardiol. 2023 Jan 9;120(1):e20211040. doi: 10.36660/abc.20211040.

DETERMINACIÓN SOCIOTERRITORIAL (DTS) DE LA SALUD: PROPUESTA CONCEPTUAL PARA UN ANÁLISIS CRÍTICO-COMPRENSIVO DEL CUIDADO

Ignacio Herrera¹
Sebastian Medina Gay

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo propone la DTS como una perspectiva que profundiza la crítica a los modelos hegemónicos de salud-enfermedad-cuidado colectivos, cuestionando el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y complementando la Determinación Social (DS) desde la medicina social y salud colectiva (SC) latinoamericana. Se critica que el modelo oficial de DSS opera con una lógica lineal y fragmentada, reproduciendo los antiguos factores de riesgo individuales y ocultando los desiguales contextos de (re)producción (1). En contraste, la epidemiología crítica latinoamericana concibe la DS como un sistema estructural y complejo que (re)produce, en distintos niveles jerarquizados, condiciones de vida saludables o dañinas, reconociendo el territorio como un nodo de relaciones de poder y afectación. Para Breilh (2), el territorio se define cuando los colectivos identifican una porción del espacio social como ámbito de desarrollo y reproducción social, integrando dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales y biológicas. Esto da sentido a las experiencias individuales y colectivas en el proceso salud-enfermedad-atención (3). Sin embargo, tanto los DSS como la DS han subordinado el territorio a una variable dentro de una explicación analítico-causal. La DST, en cambio, lo re-centra como un productor activo de bienestar y malestar, al ser un espacio atravesado por relaciones de poder que afectan diferencialmente a individuos y colectivos según su posición en la interseccionalidad o consubstancialidad (4). En el caso de los cuidados, este enfoque requiere una epistemología relacional (5), sin perder la perspectiva crítica y holística de la DS.

OBJETIVO

Argumentar conceptualmente la propuesta de la DST como base para la comprensión de las labores de cuidado en diferentes contextos territoriales.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de los principales autores del campo de SC que han abordado el tema del territorio como centralidad en sus propuestas conceptuales. En el contexto del seminario de “Lectura Guiada” del Doctorado en Territorio, Espacio y Sociedad de la UChile.

1 Universidad de Chile. E-mail: gnacio.herrera.cepeda@gmail.com

RESULTADOS

Retomando los aportes de la geografía social- crítica, actualmente el territorio no puede entenderse como un contenedor de procesos, sino una construcción relacional en permanente producción y transformación (6, 7). Desde las pioneras contribuciones de Santos (8) Raffestin (9) y Porto Gonçalves (10), el desarrollo conceptual busca evidenciar el territorio vivo e historizado, en constante cambio y disputa, nunca como una externalidad (o un contexto) de los individuos, sino como parte imbricada en su propia existencia cotidiana. Dentro del campo de la SC Borde (11,12) ha desarrollado con centralidad estas ideas, articulándolas con el marco de la DS (3,4). Siguiendo la triada territorialización-desterritorializaciónreterritorialización, son las personas y colectivos las que producen el espacio y, al mismo tiempo, este les impone determinaciones sobre sus modos de vida (9, 13). Esta dialéctica se vuelve especialmente relevante para la comprensión crítica y situada de los cuidados, donde las cuidadoras y cuidadores no remunerados encarnan (embodied) los modos de opresión/resistencia de los territorios que habitan-transitan, los cuales habitualmente están marcados por desigualdades estructurales y un conjunto de barreras materiales y simbólicas que impiden el ejercicio del derecho a la salud (14). Nuestra propuesta de DST amplía la comprensión del proceso salud-enfermedad-cuidadomuerte, entendiendo el territorio no como un espacio dado, sino como un entramado dinámico de relaciones afectivas y materiales que afectan y son afectados por sus habitantes, humanos y no humanos, incluidas entidades espirituales centrales en diversas culturas (14, 15). De esta forma el territorio no solo estructura condiciones de vida, sino que también produce subjetividades, memorias y resistencias frente a las lógicas de dominación y control. Así, las territorialidades emergen como espacios de confrontación con la colonialidad del saber y del ser, donde la afectividad, lejos de ser secundaria, es clave para comprender el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte, actuando como motor de la producción territorial colectiva e individual. Estos territorios (en plural) requieren ser des-cubiertos a través de caminos relacionales de indagación, como los que proponen cartografías sociales que integran no solo aspectos materiales, sino también dimensiones simbólicas, afectivas y espirituales (16). Desde esta perspectiva, el acto de cuidar es una práctica territorializada que desafía la invisibilización del trabajo reproductivo y afectivo, en sintonía con la idea de “corazonar” como un gesto epistemológico que articula razón y afectividad en la construcción de sentidos otros de la existencia (15). En este marco, las personas cuidadoras emergen como agentes territoriales cuya acción sostiene la vida, no solo en términos biológicos, sino también a través de la producción de vínculos y espacios de cuidado que resisten la fragmentación impuesta por la lógica biomédico-productivista (17). Las personas cuidadoras, al habitar y producir el territorio, transitan el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, tanto de quienes cuidan como el propio. . En áreas rurales y periurbanas , donde el acceso a infraestructura y servicios es limitado, se configuran territorios de vulneración, generando modos de vida malsanos/dañinos. No obstante, estas mismas territorialidades también propician la creación de redes de resistencia y agencia local (18).

CONSIDERACIONES

La revisión de la literatura resalta el territorio como clave para comprender los procesos de salud/enfermedad/atención. No obstante, la complejización del daño en el contexto de una globalización neoliberal en crisis y la hegemonía de los DSS, como antítesis de una perspectiva crítico-comprensiva, demandan ampliar la tríada territorio-territorialidad-territorialización desde un enfoque epistemológico relacional, con implicancias metodológicas que deben trabajarse in situ con los colectivos afectados. Este abordaje no solo amplía el análisis, sino que también obliga a replantear las políticas de salud y bienestar desde una perspectiva territorializada, algo aún distante de los sistemas de salud pública, dominados por tecnocracias biomédico-productivistas.

REFERENCIAS

- (1) Almeida Filho N. Epidemiología en la pospandemia: de una ciencia tímida a una ciencia emergente. Universidad Nacional de Lanús; 2023. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/45>
- (2) Breilh J. Critical Epidemiology and the People's Health. New York: Oxford University Press; 2021. Disponible en: <https://academic.oup.com/book/36542>
- (3) Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). 2013. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>
- (4) Viveros M. Interseccionalidad, Giro decolonial y comunitario [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI Transnational Institute, 2023. Disponible en: <https://www.clacso.org/en/interseccionalidad-giro-decolonial-y-comunitario/>
- (5) Escobar A. Osterweil M. Sharma K. Relacionalidad, Una política emergente de la vida más allá de lo humano. Buenos Aires: Tinta Limón; 2024.
- (6) Werlen B. La construcción de las realidades geograficas: una realidad en acción. Santiago de Chile: Universitaria; 2022.
- (7) Haesbaert R. Territorium und Multiterritorialität in dekolonialer Perspektive. Geogr Z. 2023;111(1):5-23. Disponible en: <https://biblioscout.net/article/10.25162/gz2023-0005>
- (8) Santos M. Los espacios de la globalización. An Geogr Univ Complut Madr. 1993;(13):67-77.
- (9) Schmidt M. Neve M. Cerarols R. Claude Raffestin: territorio, frontera, poder. España: Icaria Editorial. 2018.
- (10) Porto Gonçalves C. Da geografia às geo-grafias: um mundo em busca de novas territorialidades. En: Ceceña A. La guerra infinita Hegemonía y terror mundial. Buenos Aires: CLACSO; 2002. p. 217-256.
- (11) Borde E. Determinación social de la violencia urbana en ciudades latinoamericanas: Una aproximación teórica, empírica y comparativa a partir de casos de Bogotá y Rio de Janeiro [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76265>
- (12) Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde Debate. 2017;41(spe2):264-75.
- (13) Brand U. Wissen M. Modo de vida imperial: Vida cotidiana y crisis ecológica del capitalismo. Buenos Aires: Tinta Limón; 2021.

- (14) Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. 2011;7(1):9-20.
- (15) Guerrero Arias P. Corazonar desde las sabidurías insurgentes el sentido de las epistemologías dominantes, para construir sentidos otros de la existencia. Sophia, Colección de Filosofía de la Educación [Internet]. 2010;(8):101-46.
- (16) Passos E, Kastrup V, Da Escóssia L. Pistas do Método da Cartografia: Pesquisaintervenção e produção de subjetividade. Sulina; 2009.
- (17) Federici S. Ir más allá de la pier: Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo contemporaneo, España: Traficante de sueños; 2022.
- (18) Segato R. La guerra contra las mujeres. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2020.

DETERMINAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES SOB O PATRIARCADO E O CAPITALISMO

Fernanda Maria Fernandes Munaretto¹

Melissa Rodrigues de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Historicamente, as mulheres têm sido mais propensas a receberem diagnósticos psiquiátricos e tratamentos diversos, o que inclui hospitalização em asilos, contenções, eletroconvulsoterapia e, atualmente, psicoterapia e tratamento medicamentoso [1]. A literatura atual estabelece que as mulheres recebem o dobro de diagnósticos de depressão e ansiedade em relação aos homens e que são as mais medicadas com antidepressivos e ansiolíticos, fenômeno que pode ser observado como uma tendência global [2]. Esse cenário está ligado à subjugação histórica das mulheres em uma sociedade patriarcal, capitalista e racista, onde prevalece a exploração-opressão destas em relação aos homens. Apesar disso, o sofrimento psíquico das mulheres ainda é frequentemente atribuído aos seus corpos biológicos e a uma propensão natural à loucura. Esse determinismo biológico se pauta na ideia de que as mulheres sofrem mais devido a diferenças inscritas e transmitidas através dos genes, assim como devido às diferenças hormonais e até mesmo pequenas diferenças no cérebro, de modo que a resposta para o sofrimento estaria na biologia. Nesse processo de medicalização da vida, as determinações mais profundas desse sofrimento são ocultadas, com explicações que o individualizam e biologizam.

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo realizar uma análise crítica do histórico do fenômeno de medicalização do sofrimento psíquico das mulheres, buscando compreender as determinações mais profundas desse fenômeno em contraponto a discursos biologicistas e medicalizantes na atualidade.

METODOLOGIA

Partiu-se dos fundamentos do materialismo histórico dialético e da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que desponta como uma matriz de pensamento crítica, que questiona o viés puramente biológico dado à saúde e à doença, entendendo que o processo saúde-doença tem caráter histórico e social. Para que o objetivo estabelecido fosse alcançado, realizou-se um estudo teórico bibliográfico a partir da análise crítica da literatura, que inclui uma apropriação do que de mais relevante já foi produzido sobre o tema, de modo que não se parte diretamente da apreensão da realidade, mas de estudos anteriores que já buscaram apreender aspectos desse fenômeno, assim caminhando no intuito de contribuir para o avanço do campo. Assim, foi selecionada literatura de relevância sobre o tema, sendo realizado posteriormente análise dos materiais.

1

Universidade Federal do Paraná. E-mail: fermunaretto200@gmail.com

RESULTADOS

Historicamente, as mulheres se tornaram alvo de rotulagem e opressão por parte dos discursos médicos e psiquiátricos, tendo suas vidas patologizadas. Engel [3] mostra que, a partir do século XIX, construiu-se um discurso ambíguo sobre o ser mulher, como um ser que sintetizava tanto a virtude como a degradação. Essa visão, articulada ao patriarcado e às necessidades do capitalismo de exacerbação da exploração, foi legitimada pelos discursos médicos, que passaram a tratar a mulher como ameaça à ordem social, sendo necessário criar meios de controle [4]. Estabeleceu-se, assim, um limite rígido sobre como as mulheres podiam viver, sentir, comportar-se e sofrer. As que fugiam desse ideal corriam o risco de ter suas existências capturadas pelo discurso hegemônico dominante. Prontuários de internações psiquiátricas analisadas por Engel [3] mostram como as mulheres foram diagnosticadas em relação intrínseca ao seu gênero, tendo suas vidas e patologias explicados a partir de suas faltas e falhas em relação ao que se esperava do ser mulher, como por exemplo, no diagnóstico de histeria. Tais discursos sustentavam a ideia de que no corpo feminino residiam predisposições ao adoecimento mental, já que enquanto o homem podia enlouquecer, a mulher já seria, por natureza, louca [5]. Desvios relacionados a menstruação, gravidez e sexualidade tornaram-se centrais nos diagnósticos de uma suposta loucura das mulheres. Superando essa lógica, a teoria da determinação do processo saúde-doença propõe compreender o sofrimento das mulheres, como na depressão e ansiedade, a partir dos modos de vida presentes no sistema capitalista-patriarcal-racista, marcado pela violência de gênero, jornadas exaustivas e precarizadas de trabalho e o desgaste das multitarefas de cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Foi possível compreender como os discursos médicos e psiquiátricos atuam como legitimadores da ordem patriarcal sob o sistema capitalista, contribuindo para naturalizar e normalizar papéis de gênero que nada têm de naturais. O atual panorama de medicalização da vida das mulheres, portanto, não é um fenômeno recente, nem pode ser explicado por fatores meramente biológicos. Trata-se de um processo que precisa ser contextualizado em sua base material, social e cultural, ultrapassando as aparências imediatas e alcançando as determinações históricas e estruturais do fenômeno. Nesse sentido, o sofrimento das mulheres deve ser compreendido em sua produção histórico-social, como propõe a teoria da determinação social do processo saúde-doença. Como destacam Bones e Bellenzani [6], é preciso superar abordagens simplistas e fragmentadas, avançando para uma compreensão crítica e totalizante da complexidade que é o ser mulher na sociedade capitalista e patriarcal.

REFERÊNCIAS

- [1] Cohen BMZ. Psychiatric hegemony: a Marxist theory of mental illness. New Zealand: Palgrave Macmillan; 2016.
- [2] Mazon MS, Amorim BM, Brzozowski FS. Psicotrópico se declina no feminino: saúde mental e mundo digital em questão. Rev Estud Fem. 2023;31(1):e93079.
- [3] Engel M. Psiquiatria e feminilidades. In: Del Priore M, organizadora; Bassanezi C, coordenadora de textos. História das mulheres no Brasil. 7. ed. São Paulo: Contexto; 2004.
- [4] Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- [5] Basaglia F. Mujer, locura y sociedad. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla; 1987.
- [6] Bones B, Bellenzani R. O problema no enfoque do sofrimento feminino na pesquisa epidemiológica: por que determinantes sociais e não determinação social?. Germinal: Marx Educ Debate. 2024;16(1):1003–1029.

DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS DEL DISTRITO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA: UN ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA PROVINCIAL DE SALUD (ENPASA)

Nicole Galan¹
Nelson Martinez
Michelle Jimenez
Jose Sanchez
Katherine Victorio
Penelope Parra
Estefania Henriquez
Nidia Vargas
Eslin Cipion
Jose Selig

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, residen y envejecen, influenciadas por factores económicos, sociales y políticos⁽¹⁾. En América Latina, las desigualdades sociales son un obstáculo para alcanzar la cobertura sanitaria universal, especialmente en países como la República Dominicana⁽²⁾. A pesar de los esfuerzos por mejorar el acceso a los servicios de salud, persisten barreras significativas, como los factores financieros, geográficos y sociales, que afectan a las poblaciones más vulnerables⁽²⁾⁽³⁾. Este estudio tiene como objetivo explorar los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud en adultos dominicanos, con un enfoque particular en ingresos, educación, empleo y género, con el fin de generar datos que sirvan para la formulación de políticas públicas más inclusivas.

OBJETIVO

Explorar los determinantes que influyen en el acceso a los servicios de salud en adultos del Distrito Nacional de la República Dominicana, con énfasis en ingresos, educación, empleo y género.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis secundario de los datos recolectados en la Encuesta Provincial de Salud (ENPASA) realizada en el Distrito Nacional en el año 2024, obtenidos a través de la Dirección de Investigación en Salud (DISA) con la aprobación del Ministerio de Salud Pública (MISPAS). La

1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. E-mail: nicole.galan@ministeriodesalud.gob.do

población de estudio incluyó a los adultos residentes en el Distrito Nacional. La variable principal (independiente) fue el uso de servicios de salud, y se realizó un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes para otras variables categóricas, como grado académico, sexo, situación laboral, tenencia de seguro médico, tipo de seguro, lugar de atención y presencia de enfermedades crónicas. Para evaluar las asociaciones entre el uso de servicios de salud y determinantes como sexo, nivel educativo y enfermedades crónicas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado. El software estadístico SPSS 19 fue utilizado para procesar los datos, realizando limpieza y codificación de las variables. Se garantiza la confidencialidad y anonimato de la información, cumpliendo con los principios éticos establecidos y normativas nacionales.

RESULTADOS

Los resultados revelaron que varias variables presentaron asociaciones significativas con el uso de servicios de salud. En primer lugar, se observó que las mujeres utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres (7.4% frente a 3.1%). Además, la frecuencia de uso aumentó con la edad, especialmente en adultos envejecientes (≥ 65 años) (10.3%). En cuanto al estado civil, las personas viudas y divorciadas/separadas hicieron un mayor uso de los servicios en comparación con otros grupos (17.0% y 17.6%, respectivamente). La presencia de hipertensión arterial (HTA) también se asoció significativamente con un mayor uso de los servicios de salud (11.7% en personas con HTA frente a 4.1% en personas sin HTA). De manera similar, la presencia de diabetes mellitus (DM) se asoció con un mayor uso de los servicios (25.0% en personas con DM frente a 3.9% en personas sin DM). En cambio, no se encontraron asociaciones significativas entre el uso de servicios de salud y variables como el nivel educativo, el tipo de seguro, el lugar de atención o la presencia de enfermedades como asma, tuberculosis y artritis. Todas las asociaciones mencionadas fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

CONSIDERACIONES

Los hallazgos sugieren que factores como el sexo, la edad, el estado civil y las enfermedades crónicas (HTA y DM) son determinantes importantes en el uso de los servicios de salud. La mayor utilización por mujeres y adultos envejecientes es consistente con estudios previos. La ausencia de una asociación significativa con el nivel educativo y el seguro médico podría reflejar la existencia de otros factores que afectan el acceso o la utilización de los servicios de salud, los cuales no fueron explorados en este estudio. Estos resultados resaltan la necesidad de políticas públicas centradas en mejorar el acceso a la atención primaria y especial atención a los grupos más vulnerables. Se recomienda realizar estudios adicionales, para entender mejor las barreras o facilitadores asociados a los determinantes significativos, lo que permitirá fortalecer las bases para el diseño de políticas y programas más efectivos.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. OPAS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Salud universal. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- (3) Casquete Tamayo EJ, Jama Lara JX, Reina Ortiz AE, Ortiz Medina DF. Desigualdad social en América Latina. Rev Latinoam Cienc Soc Relacis. 2023;1(2):17-24. doi:10.5281/zenodo.11130482

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ENVELHECIMENTO FEMININO, CORPOREIDADE E FINITUDE

Rafaela Aparecida Gonçalves da Fonseca¹

Wálisson Pereira Soares
Luiz Felipe Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Envelhecimento e percepção corporal são conceitos que podem ser entendidos através da fenomenologia, que, de acordo com Guimarães (1) descreve algum fenômeno em suas complexidades e significações. Jean Paul-Sartre (2), em “O ser e o nada” define que é através da consciência de um fim é que se percebe sua própria existência humana. O reconhecimento do corpo envolve a consciência de si, suas possibilidades e limitações. Ao perceber-se com uma existência finita, o indivíduo depara-se com as escolhas.

Enquanto determinante social da saúde, como mecanismo que influencia diretamente a saúde da população, em questões biopsicossociais, é interessante analisar as condições que impactam no envelhecimento. Segundo Geib (3), a saúde do indivíduo é determinada através de características como contexto social, perfil de morbidade, gênero, raça, trabalho e estilo de vida.

Envelhecimento, corporeidade e finitude estão intrinsecamente ligados à experiência humana. Nesse sentido, compreender o corpo ao longo do processo do envelhecer, envolve não apenas aspectos individuais, mas também fatores sociais que influenciam a saúde, o bem-estar e a qualidade da longevidade.

OBJETIVO

Trazer luz ao tema da determinação social da saúde no viés do envelhecimento feminino, da corporeidade e da finitude enquanto concepção fenomenológica, estabelecendo uma reflexão crítica a partir de um ponto de vista que venha a fomentar demais investigações científicas.

METODOLOGIA

A presente investigação foi elaborada por meio da revisão narrativa de literatura, sendo uma abordagem qualitativa, que, conforme Rother (4) é considerada uma investigação para contextualizar o desenvolvimento de determinado assunto, sendo constituída da análise de conteúdos científicos, como livros, artigos, teses e dissertações, envolvendo a análise crítica do pesquisador. Não utiliza critérios rígidos, como seleção detalhada dos dados encontrados, todavia, é favorável para a educação continuada, já que possibilita a atualização do conhecimento do tema em um curto período de tempo.

Botelho *et al.* (5) consideram que a revisão narrativa possui o objetivo de ser uma análise

1 Universidade Federal de Itajubá. E-mail: psico.rafaelafonseca@gmail.com

teórico-conceitual, sobre algum tópico específico, envolvendo a interpretação pessoal do cientista, com o intuito de fomentar maiores discussões sobre a temática.

RESULTADOS

O desenvolvimento humano, de acordo com Araújo *et al.* (6), envolve não somente o desenvolvimento físico em si, mas também por fatores culturais, sociais, fisiológicos e psicológicos, que moldam diferentes perspectivas sobre a existência. Nóbrega (7) sinaliza que é através do corpo que o indivíduo sente, percebe e experiencia o mundo. É por meio do corpo que são feitas as escolhas e a existência humana.

Em uma cultura que, conforme Domingues e Freitas (8), coloca barreiras em relação à vivência da mulher e do envelhecer, pode-se pensar no cerceamento de “ser quem se é” no envelhecimento feminino, destacando a corporeidade não só como fonte de sentido, mas também como passível de limitações e enfrentamentos, físicos, sociais, históricos e subjetivos.

Segundo Leitão (9), conceitos de gênero são determinantes sociais da saúde, uma vez que, considerando fatores biológicos e psicossociais, existem experiências e vivências diferentes, que implicam em certas vulnerabilidades ao sexo feminino. Ademais, aponta que a sociedade e o sistema de saúde precisam ser mais bem estruturados para compreender e atender às necessidades de saúde das mulheres.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O envelhecimento é um processo singular e coletivo, que transcende o aspecto biológico, envolvendo dimensões psicossociais, existenciais e culturais que influenciam a percepção das limitações da vida e da identidade. O corpo, enquanto meio de percepção e existência, também se transforma ao longo do tempo e a qualidade do envelhecer está diretamente ligada aos determinantes sociais da saúde, como condições socioeconômicas, acesso a políticas públicas e questões de gênero.

É importante que a sociedade e os sistemas de saúde estejam preparados para atender às necessidades das mulheres idosas, garantindo acesso a cuidados e promovendo experiências positivas ao longo da vivência e, conseqüentemente, do envelhecimento. Assim, combater estereótipos de gênero, repensar as políticas públicas e valorizar, em especial, o envelhecimento feminino como uma etapa significativa da vida das mulheres, tornam-se fatores básicos para um processo de longevidade saudável, igualitário, digno e de bem-estar.

REFERÊNCIAS

- (1) Guimarães A. Para uma eidética do direito. Cadernos da EMARF, Fenomenologia e Direito; 2008.
- (2) Sartre JP. O ser e o nada. 4ª ed. São Paulo: Vozes; 2007.
- (3) Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc saúde coletiva. 2012. Jan;17(1):123–33
- (4) Rother ET. Revisão narrativa. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(1):23-6.
- (5) Botelho LLR, Cunha CC, Macedo M. Revisão narrativa da literatura. Rev Port Med Geral Fam. 2011;27(4):276-83.
- (6) Araújo MR, et al. Desenvolvimento humano e envelhecimento. Psicol Teor Pesq. 2013;29(1):55-62.
- (7) Nóbrega TP da. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. Estud psicol. 2008May;13(2):141–8.
- (8) Domingues RC, Freitas, JL. A fenomenologia do corpo no envelhecimento: diálogos entre Beauvoir e Merleau-Ponty. Rev. Subj. 2019.
- (9) Leitão MNC. Health, sex, and gender: the inequalities as challenges. Rev esc enferm USP. 2015.

DETERMINANTES SOCIAIS E PSICOSSOCIAIS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE CUIDADO EM HIV/AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Matheus Campos Junqueira¹

Silvânia Sales de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, logo nos primeiros anos da década de 1980, e mesmo antes de 1988, ano de implementação da nova constituição e criação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), o contexto de saúde pública brasileira já ofertava serviços hospitalares e ambulatoriais destinados à atenção e cuidado às pessoas vivendo com HIV (PHIV), à época denominado “Programa Nacional de Dst/aids”. Dessa maneira o Brasil, apoiado pelo SUS, não somente obteve certo pioneirismo entre os países emergentes no tratamento farmacológico das pessoas infectadas pelo vírus HIV, como aos padrões da época alcançou com níveis positivos de eficiência, visto que a mortalidade, até então muito alta, reduziu para cerca 50% ainda na década de 1990. Contudo, mais de 40 anos após o início da epidemia, os índices crescentes entre a população jovem, junto a prevalência majoritária entre negros/ pardos; gays e homens que mantêm relações sexuais com outros homens; mulheres trans e travestis; mulheres cis profissionais do sexo de drogas injetáveis e elevado crescimento em mulheres heterossexuais em idade reprodutiva; os quais muitos deles vivem sem tratamento regular, apontam para a existência de vulnerabilidades de cunho social, cultural e psicossocial, que antecedem e afetam as práticas de prevenção e tratamento ao HIV e AIDS [1].

OBJETIVO

Considerando a permanência epidemiológica no Brasil, mesmo após 30 anos de desenvolvimento por parte do Estado brasileiro, políticas públicas voltadas para à conscientização, prevenção e profilaxia em ambos pré e pró-exposição, junto à possibilidade de tratamento e aconselhamento pelo SUS; a pesquisa almeja investigar os determinantes sociais e psicossociais, que afetam o acesso aos serviços de saúde por pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

METODOLOGIA

A partir da pergunta norteadora: “Quais os determinantes sociais e psicossociais que afetam o acesso aos serviços de saúde por pessoas vivendo com HIV/AIDS?” Foi desenvolvida, entre setembro e novembro de 2024, uma revisão integrativa da literatura de artigos produzidos em língua portuguesa, no Brasil, com o recorte temporal de 2014 e 2024. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Eletrônica Científica Online Brasil (SciELO Br); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Portal de Periódicos CAPES; Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic);

INDEXPSI e PUBMED. Foram utilizados nas bases de dados por meio do operador booleano AND descritores: (Acesso) AND (HIV/AIDS) AND (Psicossocial) AND (vulnerabilidade); (HIV/AIDS) AND (Psicossocial) AND (Acesso); (HIV/AIDS) AND (Psicossocial) AND (Vulnerabilidade) e (HIV/AIDS) AND (Psicossocial). Foram encontrados um total de 36 artigos e duas (02) teses. Foram removidos 16 duplicados, 2 teses e 3 artigos de campo cujas populações eram de outros países, de pessoas que não viviam com HIV/AIDS e de profissionais de um serviço de saúde com outro público-alvo. 16 artigos foram analisados integralmente.

RESULTADOS

Os artigos selecionados destacam que o acesso à saúde por mulheres vivendo com HIV/AIDS é marcado pela luta contra as desigualdades sociais de gênero e em prol da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. O machismo e as desigualdades de gênero, presente na esfera social brasileira representam sistemas de coerção incutidos às mulheres, que transgridem e permeiam violações dos próprios direitos individuais, dificultando o sucesso das medidas de prevenção e tratamento desenvolvidas nacionalmente, desencorajando à adesão ao tratamento, e como conseguinte mutilando movimentos emancipatórios do exercício de direitos sexuais e reprodutivos. Homossexuais, bissexuais, pessoas trans e travestis são acometidos por contextos violentos de invalidação da própria existência desde muito cedo. É recorrente, contextualmente, o atravessamento de modos coercivos de controle social que perpetuam, no imaginário coletivo, a noção de imoralidade e promiscuidade a tal grupo, associando diretamente à epidemia de HIV/AIDS a estes recortes sociais. Por conseguinte, a construção do itinerário terapêutico é inconsistente, marcada frequentemente pela ruptura dos próprios direitos fundamentais, tendências ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos e a fragilidade da rede de apoio familiar. A produção de cuidado e qualidade de vida pelos serviços de saúde é fundamental à erradicação do estado de vulnerabilidade social e psicossocial, especialmente por via interdisciplinar. Contudo, é essencial demarcar a existência entre o serviço e o acesso, de lacunas estruturais, metodológicas e éticas na produção do cuidado em território nacional. O relacionamento institucional, estabelecido aversivamente, contribui à construção de barreira ao acesso à saúde por aqueles que mais precisam. [2-5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A revisão integrativa da literatura exacerba, a complexa confluência entre a estruturação de políticas públicas e articulações de serviços de saúde, com aspectos contextuais variáveis de cunho social e psicossocial podem viabilizar ou inviabilizar o acesso à saúde por PHVs. No entanto, a revisão identificou, mudanças de paradigmas profissionais e a tendência de superação do modelo biomédico, na produção de cuidado e qualidade de vida dos grupos prioritários e de comportamentos de risco em muitos contextos. São destacadas limitações, quanto à representatividade da amostra, foram encontrados poucos estudos fora das populações de comportamento de risco. Nesse sentido, considerando as mudanças epidemiológicas, é essencial as pesquisas em HIV/AIDS com, com vistas

a dar voz às diferentes populações do SUS, como, por exemplo, a faixa etária idosa, pessoas com deficiência e povos e comunidades tradicionais.

REFERÊNCIAS

- [1] Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21:1553-1564.
- [2] Silva CB, Motta MGC, Bellenzani R, Ribeiro AC. Mulheres jovens que nasceram com HIV: comunicação da soropositividade aos parceiros. *Saúde Debate*. 2022;46:129-141.
- [3] Silva CB, Motta MGC, Bellenzani R, Brum CN, Ribeiro AC. Gravidez em jovens que nasceram com HIV: particularidades nos contextos de exercício da sexualidade. *Interface*. 2022;26:e210307.
- [4] Fernandes H, Oliveira E, Ventura RN, Horta ALM, Daspett C. Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. *Acta paul enferm*. 2017;30(4):390-6.
- [5] Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00111318.

DETERMINANTES SOCIAIS EM CAMPO: REFLEXÕES DE FUTURAS MÉDICAS NAS RUAS DO RIO DE JANEIRO

Maria Júlia Cavalcanti Cardoso de Oliveira¹

Manuela de Grossi Firman

Sophia Rosa Benedito

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As mudanças de comportamento individuais são um desafio recorrente na Promoção da Saúde, principalmente por sua relação, muitas vezes direta, com hábitos e influências de aspectos estruturais e coletivos. A disciplina de Medicina Social elabora atividades que provocam o pensamento científico crítico e reflexivo voltado para a saúde coletiva em acadêmicos de medicina, fortemente ligada a ações de extensão que buscam realizar um trabalho integrado com a comunidade, a fim de formar profissionais médicos com um olhar atento para as necessidades e exigências da população local. Nesse contexto, a disciplina de Medicina Social promoveu uma atividade de campo, para que acadêmicos pudessem questionar o conceito de saúde compreendido pelas pessoas. Nesse contexto, cabe a reflexão acerca do poder de influência de políticas públicas e das condições socioeconômicas na Promoção da Saúde para além das mudanças de comportamento individuais.

OBJETIVO

Relatar a experiência de observação de estudantes de medicina sobre os determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, discutindo o papel das políticas públicas na promoção da saúde e a superação da lógica de responsabilização individual, com ênfase na formação médica crítica e comprometida com a equidade.

METODOLOGIA

A atividade foi realizada em fevereiro de 2025, no âmbito da disciplina de Medicina Social ofertada para acadêmicos de 1º ano em uma instituição privada no Rio de Janeiro/RJ. A proposta consistiu na realização de entrevistas com pessoas abordadas em espaço público, a partir da pergunta norteadora: “Para você, qual é o conceito de saúde? Quais os desafios encontrados para alcançá-la?”. A escolha desse questionamento baseou-se na compreensão ampliada de saúde, que ultrapassa a dimensão biomédica e tem sido cada vez mais reconhecida nas diretrizes da saúde coletiva. A partir das respostas, foi realizada uma categorização temática das falas, identificando aspectos recorrentes como acesso a serviços, condições de trabalho, alimentação, tempo para lazer e autocuidado, além de questões ambientais e estruturais. Esses achados foram analisados à luz da literatura sobre promoção da saúde, mudanças comportamentais e determinantes sociais do processo saúde-doença. Complementarmente,

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: majucco@gmail.com

desenvolveu-se uma discussão teórica com base em referenciais da saúde coletiva e das políticas públicas brasileiras entre 1980 e 2025, considerando os descritores: Determinantes Sociais da Saúde; Equidade em Saúde; Políticas Públicas; Promoção da Saúde; e Acesso aos Serviços de Saúde.

RESULTADOS

A atividade de campo evidenciou como os determinantes sociais da saúde impactam diretamente os modos de viver e adoecer da população. Entre os desafios relatados, destacaram-se o trabalho braçal contínuo sob exposição solar intensa, a jornada dupla das mulheres – articulando trabalho remunerado e cuidado não remunerado –, além da persistência de práticas como o tabagismo e o sedentarismo. Embora essas condutas sejam frequentemente interpretadas como escolhas individuais, torna-se urgente superar a responsabilização do sujeito nos discursos de promoção da saúde, substituindo-a por uma perspectiva que valorize políticas públicas estruturantes. A retomada do tabagismo entre jovens, especialmente com o uso crescente de cigarros eletrônicos, demanda atualização das estratégias de prevenção, com ênfase no fortalecimento da regulação sanitária¹. A carência de espaços urbanos seguros e o acesso limitado a alimentos saudáveis reforçam a necessidade de políticas que assegurem ambientes promotores de saúde e equidade². A redução da jornada de trabalho, apontada por participantes, surge como política potencialmente promotora de saúde, por favorecer o descanso, o lazer e o autocuidado^{3,4}. Nesse contexto, debates sobre jornadas exaustivas, como a escala 6x1, evidenciam os danos à saúde e os obstáculos ao cuidado integral. Na formação médica, vivências como essa são centrais para o desenvolvimento de uma prática crítica, territorializada e comprometida com a justiça social, a intersetorialidade e a educação popular em saúde⁵⁻⁷. Incorporar tais reflexões ao processo pedagógico fortalece o papel do médico como agente de transformação social e defensor do SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência evidenciou a distância entre as diretrizes predominantes da promoção da saúde e a realidade vivida pelas pessoas, marcada por determinantes estruturais que vão além das escolhas individuais. A dimensão do trabalho, em suas múltiplas expressões, surgiu como fator central no adoecimento e nos desafios do autocuidado. Esses achados reforçam a necessidade de reconhecer as condições laborais como determinantes da saúde. Vivências como esta, ainda nas etapas iniciais da formação médica, ampliam o olhar dos estudantes sobre a articulação entre abordagens individuais, comunitárias e estruturais na promoção da saúde, estimulando também o engajamento em debates mais amplos, como políticas regulatórias, reforma tributária e revisão de jornadas de trabalho. Ao fomentar uma compreensão crítica e contextualizada, essas experiências contribuem para formar profissionais mais humanos, comprometidos com práticas integradas e com a defesa da saúde coletiva e da equidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Dados sobre tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2023. Disponível em: www.inca.gov.br
- (2) Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac J-C, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr.* 2018;22(5):936–41.
- (3) Pereira IM. Redução da jornada de trabalho como estratégia de saúde pública. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2020;45:e21.
- (4) World Health Organization. Framework for building healthy and equitable cities. Geneva: WHO; 2022.
- (5) Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Educação Popular em Saúde*. Brasília, DF: MS; 2013.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS – revisada, ampliada e atualizada*. Brasília, DF: MS; 2015.

DETERMINANTES SOCIAIS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DO PARÁ

Débora Garcia Lima¹

Geraldo Marcos Ventura Costa

Ruan Lucas Rodrigues dos Santos

Carlla Danyelle Castro Silva

Kátia Maria Braga Edmundo

Nerice Cristina Ventura Costa de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são as condições que indicam um panorama de saúde de um território. No cenário brasileiro, os DSS são reconhecidos nos modos de existência da população, nas relações em comunidade, no trabalho, suas condições de moradia e renda, acessos a políticas e condições básicas, além de ser um conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam no processo saúde-doença. [1]

Com este cenário onde os DSS estão presentes, o programa Ciclo Saúde, cooperação técnica para fortalecimento da Atenção Básica, uma iniciativa da Fundação Vale, em parceria com o CEDAPS—Centro de Promoção da Saúde e o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá é implementado. No momento, o programa está presente em 40 municípios de cinco estados brasileiros, abrangendo cerca de 700 Unidades Básicas de Saúde (UBS). O propósito é reduzir as desigualdades no acesso à saúde entre populações em situação de maior vulnerabilidade. Para isso, o CSPP atua em cinco eixos centrais: Educação Permanente, Apoio à Gestão Pública, Comunicação, Monitoramento e Avaliação, além da Doação de Equipamentos. [2] Neste relato de experiência, serão coletados dados respectivos aos DSS dos municípios do sudeste do Pará, de acordo com a perspectiva dos profissionais da APS.

OBJETIVO

Este relato de experiência tem por objetivo descrever a percepção dos profissionais da Atenção Básica dos municípios do sudeste do Pará, que participaram do programa Ciclo Saúde e Proteção Social (CSPP) relacionado aos Determinantes Sociais da Saúde dos territórios em que atuam.

METODOLOGIA

O processo de coletar e sistematizar estes dados que caracterizam perspectivas e experiências dos profissionais da Atenção Básica é o principal eixo de organização e sustentação desta proposta.

1 Centro de Promoção da Saúde. E-mail: debora.garcia@cedaps.org.br

Trata-se de um relato de experiência com apoio de alguns dados primários extraídos de relatórios sistemáticos do CSPS. A seleção dos relatórios levou em consideração a utilização da dinâmica “DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE”, realizada na Oficina Básica, onde os profissionais têm seus primeiros contatos com o programa. Como delimitação territorial, utilizou-se somente dados de equipes da APS de municípios do sudeste do Pará, que participaram das Oficinas Básicas no ano de 2022, contabilizando o total de 6 municípios.

Ademais, após reunir cerca de 1.013, as respostas foram armazenadas e sistematizadas no sistema do Google Planilhas, organizadas e categorizadas de acordo com os DSS especificadas pela Organização Mundial da Saúde e posteriormente usadas para elaboração dos resultados. [3] As porcentagens a seguir são feitas a partir desta sistematização feita em cada categoria de DSS.

Para razoabilidade na abordagem desta questão, os territórios relatados apontam diferentes realidades, mas não se distanciaram das discussões que atravessam a realidade brasileira. Deste modo, os municípios atendidos pelo CSPS são marcados por uma evidência: a vulnerabilidade em decorrência das condições que influenciam a saúde local.

Dessa forma, de acordo com os relatos sistematizados, a vulnerabilidade na educação se evidencia por meio da precariedade estrutural de escolas e creches (78,9%), além dos altos índices de baixa escolaridade (17,1%). [4] Em decorrência, os territórios perpetuam uma taxa alta de desemprego e desigualdade econômica (30,6%), especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade, o que explica a grande quantidade de pessoas com baixa renda e que dependem das políticas de auxílio (63,4%)

Entretanto, é apresentado em consonância a este DSS as diferentes oportunidades de emprego em comércios e empresas (9,7%), o que pode revelar questões interessantes sobre o desemprego, como a falta de formação qualificada ou falta de políticas que facilitem o vínculo empregatício. Contudo, a economia é bastante movimentada e em alguns territórios é sustentada por trabalhadores rurais, pescadores e um comércio diversificado entre padarias, supermercados, bares e boates (40,3%)

As condições de moradia também são DSS que enunciam a necessidade de melhorias estruturais, destacando problemas de saneamento básico (25,3%) e descarte de lixo irregular (9,4%), ocasionando surtos de dengue em certos períodos. [5]

Por outro lado, os territórios se apresentam como heterogêneos no apoio social e inclusão. Enquanto a presença do CRAS, CREAS, associações comunitárias e igrejas fomentam atividades de lazer e cultura (72,1%), há alegações de melhoria nas condições e falta desses espaços (28%). Logo, o cenário reflete uma luta constante contra as desigualdades sociais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Sob o viés da exposição e da análise dos conceitos e percepções dos DSS, é possível identificar as vulnerabilidades estruturais que dificultam uma saúde universal e integral dos territórios atendidos pelo

CSPS. Por conseguinte, este Programa, alinhado a esta pesquisa, dispõe-se a compreender o território das equipes e em como atuar de forma concomitante, a fim de contribuir para a ampliação do acesso a essas populações. É através deste panorama que o trabalho do CSPS nestes territórios junto às equipes de saúde, que têm desempenhado um papel de fortalecimento das políticas de Saúde e Assistência é reforçado, fomentando a intersetorialidade e o vínculo com a comunidade, de modo a pensar saúde e produção de vida junto de quem vive o cotidiano do território.

REFERÊNCIAS

- (1) Ribeiro KG et al. Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. *Saúde Debate*. 2024;48:e8590.
- (2) Juntos Pela Ssaúde. Ciclo Saúde Proteção Social-Juntos Pela Saúde. Disponível em: <https://juntospelasaude.org.br/projetos/ciclo-saude-protecao-social-norte-e-nordeste>.
- (4) OMS. Determinantes sociais da saúde. 2025 Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
- (5) Ribeiro VM; Vóvio CL. Desigualdade escolar e vulnerabilidade social no território. *Educar Rev*. 2017;2:71–87.
- (6) Siqueira BA. Um olhar crítico da Psicologia sobre a questão da Moradia: a possibilidade de um trabalho de atenção psicológica em ocupações de moradia. São Paulo: CRP-SP; 2019.

DETERMINANTES SOCIALES EN NIÑOS FALLECIDOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UN HOSPITAL DEL SUROCCIDENTE DE COLOMBIA

Diego Fernando Rojas Esguerra¹

Iris Lamar Zarama Tobar

José Luis Estela Zape

INTRODUCCIÓN

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) abarca un conjunto de enfermedades del sistema respiratorio, caracterizadas por un inicio súbito y duración de hasta dos semanas. (1) cada año pierden la vida 2.1 millones de niños menores de cinco años por su causa. (2,3) El curso de la enfermedad y las complicaciones están influenciados tanto por aspectos tales como el estado nutricional, edad, peso al nacer y estado de vacunación, así como por factores contextuales arraigados en la clase social y el nivel socioeconómico. (4)

OBJETIVO

Caracterizar a la población pediátrica que fue atendida en un hospital público del departamento del Cauca, suroccidente de Colombia, con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda que tuvieron un desenlace fatal y develar posibles relaciones entre la incidencia de esta patología y los factores contextuales que rodean al paciente pediátrico.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La población de estudio fueron pacientes con edades comprendidas entre 0 a 15 años atendidos en el Hospital Susana López de Valencia, Popayán (Cauca), Colombia, con diagnóstico de IRA que fallecieron, durante los años 2013 y 2022. Para lo anterior se realizó recolección de la información en las historias clínicas y los registros de atención, indagando por información como sexo, edad, procedencia urbana/rural, pertenencia étnica, régimen de afiliación al sistema de salud y condiciones de empleo de los padres. El análisis de los resultados se realizó con el uso del programa SPSS, Versión 29.0.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 18 niños (47,4%) provenientes del área urbana y 20 (52,6%) del área rural; de estos la mitad de la muestra eran mestizos (52,6%) y la otra mitad está dividida entre niños afrocolombianos e indígenas. En cuanto al sexo 17 fueron varones y 21 mujeres, siendo la edad predominante 0 años, La edad promedio fue de 3,79 años correspondiente a 13 niños (34,2%), la edad

1 Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena. E-mail: diego.rojas@usbctg.edu.com

que más se repite (moda) es 0 años. casi todos los niños y sus padres pertenecían al régimen subsidiado, reflejo de ello era el tipo de empleo, dentro del cual tuvo predominio el empleo informal con el 89,5%; en esta misma línea hay que destacar que de los 38 niños, 31 (81,5%) pertenecía a los estratos 1 y 2, reflejo de las condiciones de pobreza.

El diagnóstico más frecuente fue Infección Respiratoria Aguda IRA, el cual se presentó en 28 de ellos, correspondiente con el 73,7%, Entre los diagnosticados con IRA 12 fueron niños (42,9%) y 16 niñas (57,1%). De los diagnosticados con IRA 15 (53,6%) eran mestizos, mientras que 13 (46,4%) eran afrocolombianos e indígenas.

Respecto a los días de hospitalización 24 niños tuvieron una estancia hospitalaria menor a 5 días hasta el fallecimiento.

CONSIDERACIONES

Los hallazgos de este estudio concuerdan con lo encontrado en investigaciones previas, en las que se indagó por la relación entre la aparición de la IRA en niños y los determinantes sociales de su grupo familiar; entre nuestros resultados más relevantes podemos destacar la pertenencia a los estratos socioeconómicos 1 y 2, la afiliación al régimen subsidiado, el bajo nivel de escolaridad, la informalidad laboral de los padres; es de gran importancia el hecho que casi la mitad de los niños de la muestra eran de procedencia étnica indígena o afrocolombiana, lo anterior sugiere posibles inequidades en el comportamiento epidemiológico de la Infección Respiratoria Aguda en uno de los principales centros asistenciales del Departamento del Cauca, en la región suroccidental de Colombia.

REFERENCIAS

- (1) Friedman ML, Nitu ME. Acute Respiratory Failure in Children. *Pediatr Ann.* 2018;47(7):e268-e273.
- (2) Coronel Carvajal Carlos, Huerta Montaña Yanet, Ramos Téllez Odelmis. Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. *AMC.* 2018; 22(2):194-203.
- (3) Bergmann JP, Kudchadkar SR. Acute Respiratory Failure in Children-Not Just an Acute Problem. *Crit Care Med.* 2020;48(8):1237-1238.
- (4) De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR.* 2020;5(1):81-90.

DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS DO AMBIENTE ALIMENTAR COMUNITÁRIO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO BRASIL: RESULTADOS DO ENANI-2019

Maria Luiza de Moura Rodrigues¹

Linda Priscila Barbosa Garcia de Jesus

Raquel Machado Schincaglia

Karine Anusca Martins

Ana Amélia Freitas Vilela

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O ambiente alimentar comunitário é composto pelas condições estruturais que envolvem a oferta de alimentos no território, incluindo a presença, a acessibilidade, a localização e a organização espacial dos pontos de venda. [1] A oferta reduzida de alimentos, resultante da dificuldade de acesso a opções saudáveis, condições socioeconômicas desfavoráveis e aos altos preços dos alimentos, pode gerar insegurança alimentar. [2]

OBJETIVO

Associar a renda familiar e o ambiente alimentar comunitário de crianças brasileiras.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), inquérito populacional de base domiciliar realizado em 2019 com crianças menores de cinco anos de todas as regiões do país. Para caracterizar o ambiente alimentar comunitário, o responsável da criança respondeu um questionário, com opções de resposta da escala de Likert, sobre a facilidade em realizar compras de frutas, legumes, verduras, refrigerantes, biscoitos, salgadinhos de pacote, balas e outras guloseimas (concordo, discordo e nem concorda e nem discorda) no bairro. A renda dos domicílios foi classificada por faixas agrupadas (até R\$2.000,00, de R\$2.001,00 até R\$5.000,00 e acima de R\$5.000,00). Foram selecionadas variáveis socioeconômicas para descrição da amostra. Os dados foram analisados no programa de linguagem *R* e descritos em frequências relativas e intervalos de confiança de 95%. Foi aplicado o teste de qui-quadrado de Pearson ajustado por Rao & Scott para avaliar a diferença entre as faixas de renda e as respostas do ambiente alimentar comunitário, considerando um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliadas 14.558 crianças, das quais 90,84% (IC95%: 89,10-92,58) residiam em casa própria, 39,48% (IC95%: 37,31-41,66) dos responsáveis completaram o ensino médio, 66,92

1 Universidade Federal de Goiás. E-mail: rodriguesmaria@discente.ufg.br

% (IC95%: 64,36–69,47) das famílias possuíam uma faixa de renda de até R\$2.000,00 e 57,19% (IC95%: 53,94–60,45) não recebiam benefícios sociais. Em relação ao ambiente alimentar comunitário, 81,51% (IC95%: 76,73–86,29) dos entrevistados concordaram que é fácil comprar frutas, legumes e verduras em seus bairros. No entanto, 88,22% (IC95%: 82,74–93,69) concordaram que é fácil adquirir alimentos como refrigerantes, biscoitos, salgadinhos de pacote, balas e outras guloseimas em seus bairros. Famílias com renda de até R\$ 2.000,00 são as que mais relatam facilidade tanto para comprar alimentos in natura quanto ultraprocessados em seus bairros. A renda influencia significativamente na percepção sobre a facilidade de acesso a alimentos in natura, como frutas, legumes e verduras, com uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,007$). Por outro lado, a percepção sobre a facilidade de acesso a alimentos ultraprocessados, como refrigerantes, biscoitos, salgadinhos de pacote, balas e outras guloseimas, não apresentou associação significativa com a renda ($p = 0,086$).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os achados deste estudo indicam que apesar da renda influenciar o acesso a alimentos saudáveis, a disponibilidade de alimentos ultraprocessados é percebida de forma similar em todas as faixas de renda, sugerindo sua ampla distribuição e comercialização em diversos bairros.

REFERÊNCIAS

- [1] Araújo ML de, Silva GB, Rocha LL, Novaes TG, Lima CAM de, Mendes LL, et al.. Características do ambiente alimentar comunitário e do entorno das residências das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2022Feb;27(2):641–51.
- [2] Karpyn AE, Riser D, Tracy T, Wang R, Shen Y. The changing landscape of food deserts. UNSCN nutrition [Internet]. 2019;44:46–53.

DIFERENÇAS DE GÊNERO NA MORTALIDADE POR CÂNCER DE CAVIDADE BUCAL E OROFARINGE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM 2022

Beatriz Bertuzzo Möller¹

Lays Silva de Azevedo

Zilda Pereira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais e econômicas provocam impacto significativo no cuidado oncológico e contribuem para o aumento dos tipos de câncer considerados evitáveis, como de cavidade bucal e orofaringe. No Brasil, somando-se os dois tipos, são esperados 15 mil novos casos em 2025, o que os faz com que esteja entre os dez mais incidentes. [1]

O câncer de cavidade bucal pode se manifestar em diferentes partes da boca, e o consumo de tabaco é apontado como o principal fator de risco. O câncer de orofaringe se desenvolve na região que fica atrás da boca, e está associado ao Papilomavírus Humano (HPV), principalmente em jovens sem antecedentes de tabagismo e etilismo. [2] O diagnóstico tardio e a demora no início do tratamento são condições que podem estar relacionadas às baixas taxas de sobrevida.

A mortalidade por câncer pode apresentar diferenças entre gêneros, muitas vezes relacionadas a desigualdades no acesso aos serviços de saúde e ausência de políticas públicas direcionadas, que não incorporam as necessidades reais dos usuários. [3] Além disso, há percepções diferentes sobre a forma que homens e mulheres enxergam a própria saúde, o que indica a necessidade de ações preventivas com foco na detecção precoce e campanhas educativas específicas para grupos específicos. [4]

OBJETIVO

Analisar a mortalidade por câncer de cavidade bucal e orofaringe no município de São Paulo em 2022, identificando diferenças de gênero e raça ou cor.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo com dados secundários extraídos da plataforma digital do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM), disponível no endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo. Foram analisados, a partir de seus respectivos códigos na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), os óbitos por câncer de cavidade bucal (C00.0 – C08.9) e orofaringe (C09.0 – C10.9) no município de São Paulo em 2022.

As informações coletadas referem-se ao sexo biológico (masculino e feminino), faixa etária (30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e 70 anos ou mais) e cor ou raça (brancos e negros). Foram calculadas

1 Universidade de São Paulo. E-mail: beatriz.moller@usp.br

taxas de mortalidade por cem mil habitantes, assim como razões de taxas. Os dados sobre população foram obtidos a partir do endereço eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que disponibiliza informações coletadas pelo Censo Demográfico 2022 através do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA).

A análise e processamento de dados foram realizados através do software R for Mac, em ambiente de desenvolvimento RStudio.

RESULTADOS

Foram registrados 345 óbitos por câncer de cavidade bucal e orofaringe no município de São Paulo em 2022, sendo 266 no sexo masculino (77,1%) e 79 no sexo feminino (22,9%). As taxas de mortalidade aumentaram conforme progressão da idade, e foram maiores no sexo masculino em todas as faixas etárias. Os valores mais elevados ocorreram em homens brancos com 70 anos ou mais (25,2 por cem mil habitantes), e em negros e brancos com idade entre 60 e 69 anos (21,7 e 20,5 por cem mil habitantes, respectivamente).

A razão entre as taxas de mortalidade masculina e feminina indica que os homens possuem maior risco de morte quando comparados às mulheres, tanto negros (15,1 vezes maior) como brancos (13,1) na faixa etária entre 50 e 59 anos. Com relação a razão entre brancos e negros, observou-se maior risco para os brancos em todas as faixas etárias, sobretudo em mulheres com 70 anos ou mais (2,4) e homens e mulheres entre 40 e 49 anos (1,9 e 1,6, respectivamente).

A análise segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) indicou que as maiores taxas de mortalidade geral, por cem mil habitantes, ocorreram nas regiões norte (3,7), sudeste (3,6) e leste (3,0), e demonstram concentração de óbitos em áreas específicas do município de São Paulo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo evidencia importantes desigualdades na mortalidade por câncer de cavidade bucal e orofaringe no município de São Paulo. Observa-se que, além da maior parte dos óbitos ocorrer em homens com mais de 40 anos, as maiores taxas são registradas para o sexo masculino em todas as faixas etárias, o que demonstra diferenças de gênero que podem estar associadas, além da maior exposição a fatores de risco, à concentração histórica de políticas públicas voltadas para mulheres.

O aumento progressivo das taxas ao longo da idade é um fator indicativo da existência de grupos específicos que demandam maior necessidade de acesso a uma rede articulada entre os três níveis de atenção, além de estratégias personalizadas. A persistência das desigualdades reforça a necessidade de políticas de saúde mais adequadas, além de uma estruturação constante da rede de atenção ao câncer. O acesso garantido no momento oportuno reflete na melhora das taxas de sobrevida e queda da mortalidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: [estimativa-2023.pdf](#)
- (2) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diagnóstico precoce do câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diagnostico-precoce-do-cancer-de-boca>
- (3) Barbosa IR, Costa ICC, Pérez MMB, Souza DLB. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. Rev Ciência Plural. 2015;1(2):79–86.
- (4) Moura EC, Gomes R, Pereira GMC. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(1):291–300.

DIFICULDADES DE ACESSO À SAÚDE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM TERRITÓRIO BRASILEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA

Dayanne Lima Silva Santos¹

Gabriela Lima Reis Mourão

Alexia Garcia de Carvalho

Emmanuel Martins Fernandes

Ane Raquel de Oliveira

Antonio Marcos Tosoli Gomes

Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares

Livia Fajin de Mello

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a Atenção Primária à Saúde (APS) é um importante componente que tem como objetivos desenvolver ações estratégicas para a qualificação da atenção à saúde e ampliação de seu acesso. Entretanto, para a pessoa com deficiência (PcD) muitos são os desafios no percurso para um acesso universal e equitativo nos serviços de saúde.¹ É imperativo considerar que a pessoa com deficiência já vivencia dificuldades que permeiam o contexto das precariedades sociais, além de suas próprias experiências em nível individual², e muitas das vezes os obstáculos socioambientais são os fatores mais determinantes às dificuldades de acesso a serviços, instituições, e atividades cotidianas. Neste contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), instituída em 2002, visa promover a inclusão, autonomia e cuidado integral a estas pessoas em todos os ciclos da vida. Também, a Lei Brasileira de Inclusão à Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) assegura a prestação de cuidados em todos os níveis de assistência do SUS, incorporando o uso de tecnologias assistivas e de todas as formas para comunicação acessível. Desta forma, o fortalecimento da APS torna-se medida essencial para a consolidação da equidade e inclusão social, o que propicia a garantia ao livre acesso desta comunidade aos serviços de saúde.

OBJETIVO

Identificar as evidências disponíveis na literatura científica especializada sobre dificuldades de acesso aos serviços de saúde para as pessoas com deficiência em território nacional (Brasil).

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), desenvolvida conforme as seis etapas propostas pelo método.³ A pergunta de pesquisa foi: Quais as evidências disponíveis na literatura científica especializada sobre dificuldades de acesso aos serviços de saúde para as pessoas com

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: dayannedlss@gmail.com

deficiência em território nacional (Brasil)? Os critérios de inclusão consistiram em: estudos primários que abordassem a temática proposta, disponíveis na íntegra, e relacionados estritamente ao sistema de saúde do Brasil. Foram excluídos os artigos duplicados a partir da indexação em diferentes bases de dados, além dos documentos dos tipos dissertação ou tese, por tratar-se de literatura cinzenta. As buscas avançadas foram realizadas nos meses de janeiro a fevereiro de 2025, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os termos exatos (descritores) “Acessibilidade aos Serviços de Saúde”, “Acesso aos Serviços de Saúde” e “Acesso Universal aos Serviços de Saúde” associados pelo operador booleano “AND”.

RESULTADOS

Foram selecionados 14 artigos, majoritariamente qualitativos, realizados na região Nordeste e publicados entre 2010 e 2024, com maior número em 2020. Os desafios de acesso se expressam em múltiplas dimensões. Quanto à disponibilidade e acomodação, destacam-se barreiras arquitetônicas, ausência de rampas e corrimões, escassez de serviços em áreas periféricas e falhas na articulação intersetorial. No aspecto da adequação, a falta de formação profissional específica compromete a comunicação entre serviços, profissionais e usuários, limitando a abordagem integral das necessidades das PcD. A postura profissional pode ser facilitadora quando há sensibilidade e empenho em mitigar barreiras do sistema. Os estudos também evidenciaram violências simbólicas, como a desvalorização da autonomia e o não reconhecimento das demandas das pessoas com deficiência. A acessibilidade é frequentemente negligenciada, com mobiliários inadequados, ausência de sinalização tátil/visual, sanitários mal dimensionados e locais de difícil acesso. Medidas simples, como listas de serviços acessíveis, uso de pictogramas ou braile e estratégias de divulgação dos serviços, devem ser incentivadas. Os estudos revelam que, apesar de avanços, o acesso pleno à saúde ainda não é realidade para grande parte das PcD, em descompasso com os princípios do SUS e da equidade. Cuidados prestados nas regiões Sudeste e Sul mostram-se superiores às demais 4,5. Para a superação dessas barreiras exige-se capacitação profissional, adequações físicas, fortalecimento da intersetorialidade e compromisso institucional com uma atenção acessível e inclusão.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo pôde evidenciar que as principais dificuldades no acesso à saúde para as pessoas com deficiência estão relacionadas às barreiras arquitetônicas e atitudinais dos profissionais, em decorrência de diversos fatores, como falta de treinamento profissional em saúde, e dificuldades/ausência de adaptações no mobiliário e estrutura física das unidades. Os estudos ainda destacaram como um importante entrave a estigmatização desse público, o que dificulta ainda mais qualquer processo em prol da inclusão. Não foi encontrado nenhum estudo relacionado a outros tipos de deficiência que não a física, como, por exemplo, o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Pode-se concluir que novos estudos devem ser realizados a fim de uma discussão mais aprofundada sobre o tema, principalmente

no que concerne às gestões institucionais locais e à Educação Permanente em Saúde (EPS), a fim de proporcionar, em última instância, uma melhor qualidade de vida às pessoas com deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 793. DOU. 2012
2. Ursine BL, Pereira EL, Carneiro FF. The health of people with disability living in rural areas: what do Basic Health Care workers say? *Interface*. 2018;22(64):109-20.
3. Mendes KS, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
4. Gonçalves AJ, Pereira PH, Monteiro V, Silva Junior MF, Baldini MH. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *Saúde Debate*. 2020;44(126):725-38.
5. Santos ML, Fernandes JM, Vicente DP, Simionatto J, Sanches VS, Souza AS. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à Atenção Básica em Saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020;29(2):e2018258.

DIMENSÕES DA INTERSECIONALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PERTENCIMENTO OU EXCLUSÃO

Marcia Cristina Moccellini¹

Thiago Nogueira Silva

Claudia Mara de Melo Tavares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo é identificar como os episódios do passado afetam transversalmente as vivências na atualidade. Há possibilidades de ressignificações, entretanto, é comum identificar algumas lógicas que permanecem organizadas em sua essência. No que se refere a constituição das relações sociais firmadas de crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e outras minorias, a maneira de interagir está marcada pelas questões de gênero, raça, classe social e orientação sexual, respectivamente.

Na atualidade, no intuito de ultrapassar essas imposições e hierarquizações mandatórias pelo colonialismo, há a identificação de algumas mobilizações. De acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a infância e adolescência são fases do desenvolvimento com maior vulnerabilidade e aponta a importância do cuidado (1).

Há movimentos na Educação Brasileira com o oferecimento de programas de reestruturação e ampliação de instituições de ensino, e a adoção de políticas e ações afirmativas. Desse modo, uma das ações de destaque é a política de cotas implementadas em universidades públicas, onde há a reserva de vagas para candidatos originários de escolas públicas, respeitando especificidades sociais e raciais.

Por fim, são inúmeras as demandas historicamente registradas de dominações e segregações na sociedade.

OBJETIVO

Esse estudo tem como objetivo identificar as múltiplas dimensões da interseccionalidade, os impactos na saúde mental dos adolescentes. Isto é, considerar a interferência das opressões e discriminações nas diferentes identidades e experiências pessoais, a fim de entender como as desigualdades afetam grupos vulneráveis.

METODOLOGIA

A interseccionalidade é uma abordagem de inovação em que oportuniza uma análise mais rica e realista acerca das maneiras de exclusão e das barreiras enfrentadas por populações.

1

E-mail: marciamoccellin@hotmail.com

Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática de literatura na Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no mês de março de 2025, adotando o operador booleano AND e os seguintes descritores: “interseccionalidade”, “saúde mental” e “adolescente”.

Nesse sentido, os filtros utilizados na seleção foram exclusivamente textos completos com publicação nos últimos cinco anos e disponíveis nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Aditivamente, textos duplicados e sem afinidade ao tema foram sistematicamente excluídos, com o resultado de três materiais. Esses materiais são estritamente compostos por artigos.

RESULTADOS

A partir dos dados revelados pelas buscas efetuadas, justifica-se o debruço sobre as implicações da interseccionalidade na saúde mental das minorias e, principalmente no adolescente.

O atual modelo biomédico de atenção à saúde mental e das políticas sociais se apresentam como limitadores para garantir uma atenção integral à saúde mental infantojuvenil, perante os marcadores sociais (questões de gênero, raça, desigualdades sociais, estigma e preconceitos relacionados à loucura). Dessa forma, essas vulnerabilidades culminam na formação de sistemas opressores e excludentes.

Há evidências da importância de debates acerca da intersecção dos fatores de opressão em que crianças e adolescentes em sofrimento psíquico apresentam dificuldades ao acesso dos serviços de saúde de atenção primária (2).

Os resultados relacionados a saúde mental dos estudantes cotistas mostraram a incidência da depressão e ansiedade quando comparados a estudantes não cotistas. Assim como, os estudantes das áreas de ciências exatas e da terra, e os bacharelados interdisciplinares apresentaram discrepâncias mais acentuadas relacionadas a saúde mental.

Estudos apontam como as alterações da demografia dos estudantes universitários e suas necessidades de serviços de saúde mental tem se acentuado (3).

As territorialidades infantis diferenciam-se entre os grupos de acordo com a idade, gênero, etnia, situação econômica e distanciamento da habitação. (4) Isto é foi-se observado como a sociedade se relaciona com crianças e idosos, e suas implicações na compatibilidade entre o indivíduo e o ambiente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo contribuiu na identificação das dimensões da interseccionalidade como colaboradora na compreensão dos conflitos sociais, morais e políticos. Isto é, propõe o entendimento de que diferentes identidades possuem diferentes experiências simultaneamente (raça, gênero, classe entre outros) e reconhece como as desigualdades influenciam diferentes grupos.

A interseccionalidade chega como resposta na identificação de que as opressões não são fenômenos isolados e há desdobramentos nos sujeitos. Além disso, possibilita reflexões sobre o

protagonismo desses sujeitos e fomenta a responsabilidade das políticas públicas em ações efetivas no aumento ao acesso de direitos as crianças, adolescentes, idosos e seus marcadores sociais.

Na saúde mental, incentiva a importância de um olhar e ações mais sensíveis, a fim de que se liberte a mordida das opressões e discriminações. Enfim, potencializar as questões relacionadas ao cuidado e as desigualdades, tanto em pesquisas quanto nas práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por/PDF/146180por.pdf.multi
- (2) Rosas AMC, Lima MG, Rocha TC. Interseccionalidade de vulnerabilidades infantojuvenis na atenção em saúde mental. Revista Colombiana de Bioética. 2021; 16(2):e3496
- (3) Barros RA. Saúde Mental e Cotas: um Estudo Comparativo entre Estudantes Universitários no Brasil. Psicologia: Ciência e Profissão. 2023;43:e255410.
- (4) Noronha APP, Reppold CT, Santos AAD, Villemor-Amaral AE, Primi R, Veras MDR. Psychological test evaluation System: Stories told and untold. Psicologia: Ciência e Profissão. 2023;43:e278525.

DIMENSÕES GERACIONAIS NA COMPREENSÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO POR JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Claudia Carneiro da Cunha¹

Luciane Stochero

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A chegada da Covid-19 ao Brasil gerou medo e ameaçou a saúde física e mental, especialmente entre pessoas com comprometimento imunológico [1]. A epidemia se difunde entre os jovens, sobretudo homossexuais masculinos, exigindo respostas alicerçadas no combate ao estigma. São mais vulneráveis indivíduos/grupos marcados pela pobreza e pelas desigualdades sociais decorrentes dos marcadores sociais da diferença.

Em 2020, realizamos uma pesquisa com uma rede ativista de Jovens Vivendo com HIV/AIDS (JVHA) para analisar o impacto da pandemia no acesso ao cuidado, na adesão ao tratamento e na saúde mental desse grupo [2]. O momento exploratório do estudo revelou temas importantes: a) aumento de crises de ansiedade pela percepção de maior vulnerabilidade à infecção e pelo distanciamento social; b) medo da falta de medicação nos serviços de saúde; c) precarização ainda maior da situação socioeconômica; d) possibilidade de desenvolvimento de sintomas da doença e dificuldade de acesso à internação pela priorização de cuidado a pacientes com Covid-19.

Vale observar que a questão da saúde mental dos JVHA não é uma questão nova. As marcas negativas da AIDS, ainda no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, já apontavam para a complexidade da experiência de viver com HIV/AIDS no início da vida [3].

OBJETIVO

Compreender os possíveis impactos da emergência sanitária na adesão ao tratamento por parte dos JVHA.

METODOLOGIA

Realizamos um estudo qualitativo na rede social e ativista Rede Jovem Rio+ (RJR+), que reúne ativamente cerca de 300 jovens e adultos que vivem com HIV/AIDS do estado do Rio de Janeiro, organizados em um grupo fechado no Facebook. As informações foram coletadas via questionário on-line, anônimo, durante os meses de setembro a novembro de 2020, momento de flexibilização do distanciamento social. Através de questões objetivas e abertas, foram aferidas variáveis sociodemográficas,

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: cunha.claudia@gmail.com

sobre vulnerabilidade psicossocial, apoio psicológico e/ou psiquiátrico, social e financeiro durante a pandemia e fatores vinculados à adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) [4].

RESULTADOS

O número de participantes do estudo foi de 108 e a idade média, 34,9 anos. A maioria declarou ser de raça/cor negra (pardos e pretos) (60,2%), seguidos da branca (35,2%). Quanto à situação de residência, 30,6% moravam sozinhos(as), seguidos daqueles que moravam com um dos genitores (20,4%) e com o cônjuge (15,7%). Cerca de 70% referiram ter ensino superior completo ou incompleto, enquanto 10,2% referiram ter o ensino fundamental. Quase 80% dos participantes reportaram ser do sexo masculino e 18,5% do feminino. Em relação à identidade sexual, gays representam cerca de 66% da população de estudo, depois em menor número aparecem os heterossexuais e bissexuais e apenas uma mulher se declarou lésbica.

Os resultados relativos ao tema da adesão revelaram que não houve um impacto na continuidade e qualidade do tratamento, apesar dos desafios individuais e coletivos colocados pela COVID-19. Isto é, os JVHA conseguiram manter uma boa adesão ao tratamento desde o início da pandemia. Acreditamos que a participação desses jovens na RJR+ permitiu um apoio mútuo cotidiano, com trocas de informações sobre seus direitos e acerca do acesso e manutenção do tratamento durante o período da quarentena e após as medidas restritivas.

Observamos também uma compreensão da adesão ao tratamento marcada por dimensões geracionais. Os “jovens” mais velhos, isto é, aqueles cuja idade ultrapassava os 29 anos, entendiam a existência do tratamento e a adesão à TARV como a possibilidade de “não adoecer e morrer”, enquanto a maioria dos jovens, com menos de 29 anos, compreendiam que a adesão à TARV era a possibilidade de afirmar a vida, continuar a viver e com qualidade, em busca de se tornarem “indetectáveis”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Concluindo, observamos que o pertencimento dos JVHA à RJR+ e a grupos formais (ONGs) e informais, presenciais e virtuais, funcionou como dispositivo adicional de suporte emocional, social, e até econômico. Tal aspecto parece ter influenciado diretamente a manutenção da adesão à TARV nesse momento de crise. Outro aspecto importante, é o significado que a TARV assume no momento para os jovens mais novos e com o diagnóstico de soropositividade para o HIV mais recente, como a possibilidade de manutenção e afirmação da vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil, Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19: Um guia para gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
- [2] Cunha CC, Stochero L, Almeida LA, Silva Junior AL, Junger WL. Na encruzilhada de duas pandemias: a experiência de redes de apoio social de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids durante a pandemia de Covid-19. *Physis*. 2022;32(3):e320301.
- [3] Moreira, MCN, Cunha, CC. Repensando as práticas e dilemas no cotidiano de atenção à saúde de crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS. *Divulg Saúde Debate*. 2003;29:73-92.
- [4] Victora CG, Knauth D, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo; 2000.

DIREITO À SAÚDE NO CAPITALISMO E AS INTERFERÊNCIAS NO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO DE ESCOPO

Ana Beatriz Ferreira de Paula Costa¹

Gláucia Valente Valadares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) é definida pelo Governo Federal como: “grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular” [1]. Abordando sobre a heterogeneidade do grupo, podemos perceber que muitas minorias se enquadram na definição, entre elas: idosos, mulheres, pretos e pardos, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e a comunidade LGBTQIAP +. Para entender a complexidade e necessidade em saúde do grupo, é necessário analisar as estruturas capitalistas que cercam nossa sociedade. Marx antevê a importância social e histórica no texto “A Questão Judaica” em que se utiliza da realidade da época para tecer críticas aos direitos humanos e formar um pensamento de vínculo do objetivo em comum da classe trabalhadora para a aproximação dos direitos civis e afastamento do liberalismo, nos influenciando a buscar entender como a marginalização e opressão do trabalho influenciam nos direitos humanos, nesse caso o direito à saúde [2]. É importante considerar também a PSR como parte fundamental da classe trabalhadora [3], pois possui força de trabalho significativa. Ademais, a saúde no Brasil é historicamente vinculada à contribuição trabalhista na sociedade, justificativa para tal consideração.

OBJETIVO

Identificar as fragilidades no direito à saúde da população em situação de rua considerando os amplos fragmentos do capitalismo.

METODOLOGIA

Revisão de Escopo (scoping review), realizado segundo o método de revisões de escopo proposto pelo Joanna Briggs Institute – JBI. Baseada no PCC (População, Conceito, Contexto). P- População em situação de rua C- Capitalismo C- Direito à saúde, com descritores presentes no DECS/MESH. A realização das etapas metodológicas seguirá o checklist da Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews–PRISMA-ScR.

RESULTADOS

Foi feito um levantamento através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em bases de dados como BDENF, CINAHL, LILACS, SCIELO, MEDLINE, em fevereiro de 2025, que resultou em 3 artigos que estão em análise. Embora os movimentos sociais tenham dado início a uma atenção mais efetiva para a PSR, como a criação do consultório na rua, o problema principal não consegue ser resolvido na prática, já que mesmo com diversas ajudas, a Política Nacional ainda não tem fomentado estratégias robustas para a saída das ruas [4]. Por conseguinte, não há como mitigar a negligência do Estado para com a população, e nem garantir melhora efetiva dos problemas sociais e de saúde, pois o indivíduo continuará sendo marginalizado pela sociedade. A teoria marxista dos direitos humanos nos ajuda a ampliar nossa visão acerca das estratégias que devemos tomar quanto ao desenvolvimento do cuidado em saúde para a população. Marx aponta a necessidade de ter universalidade nas questões dos direitos civis, que à época eram baseados na propriedade privada e no interesse na bolsa de valores, demonstrando como essa configuração reforça a necessidade de haver um opressor e um oprimido, mesmo dentro da dita “liberdade”, principalmente norte-americana e no judaísmo alemão “[...] A falta de liberdade a vida influencia a lei, obrigando-a a sancionar a divisão dos cidadãos, que em si são livres, em opressores e oprimidos.” [2]. Essas considerações da época, embora distantes em anos e tempo corrido, não foge à nossa realidade atual, em que há populações e minorias tão marginalizadas que podem ser consideradas esquecidas e desacompanhadas perante ao Estado. Há então a necessidade da universalidade em relação aos direitos humanos e direitos civis, que trazendo para os dias de hoje podem estar apontados também para o direito à saúde, segurança e educação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Entendendo por fim a complexidade da população apresentada, tendo em vista a teoria estudada é necessário levar adiante as considerações sobre o trabalho para com a PSR, de forma a abranger as problemáticas envolvidas e intensificar o cuidado em saúde, envolvendo o âmbito social e econômico dos mesmos. Por isso serão consideradas tais análises para identificar o direito à saúde, a fim de trazer um melhor panorama dentro da discussão dos direitos humanos no que tange às necessidades da PSR, pois mesmo sendo garantido direitos pela constituição federal e princípios do SUS para essa população, a não colaboração para a saída das ruas torna o cuidado em saúde cada vez mais precário. Portanto, para mudar a realidade brasileira é necessário dar a devida importância a nossa constituição federal no que tange ao SUS, utilizando de políticas nacionais para diminuir anos de opressão e colonialismo vigentes no sistema capitalista para a população, sabendo que sem a saída desse sistema continuaremos no mesmo modelo opressor operante.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministerio dos Direitos Humanos e da Cidadania. População em situação de rua: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, DF: Ministério dos direitos humanos e da cidadania; 2023.
- [2] Marx K. A questão judaica. 1991.
- [3] Tiengo VM. População em situação de rua: integrantes da classe trabalhadora? *Emancipacao*. 2020;21:1–17.
- [4] Rosa AS, Santana CLA. Street Clinic as good practice in Collective Health. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 1):465–6.

DISPARIDADES EN EGRESOS HOSPITALARIOS POR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ECUADOR ENTRE EL 2000-2023

Alex Sebastian García-Gutiérrez¹

Daniel Zurita-Loma

Pablo Alvarez

Natalia Romero-Sandoval

Philip Cooper

Luz Marina Llangarí-Arizo

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen uno de los desafíos más complejos en salud pública, debido a su elevada incidencia y al impacto socioeconómico que conllevan (1,2). Aunque son prevenibles y muchas tratables, las ITS continúan propagándose globalmente (2). La falta de educación sexual integral, las barreras culturales y sociales y el aumento progresivo de la resistencia antimicrobiana, especialmente en gonorrea, dificultan aún más su prevención y manejo clínico. En Ecuador, esta problemática se agrava por la fragmentación del sistema de vigilancia epidemiológica, donde únicamente el VIH y la hepatitis B son reportadas de forma obligatoria (3). Esto genera subregistro y limita una adecuada comprensión de la magnitud real del resto de ITS. Si bien los egresos hospitalarios (EH) por ITS representan una fracción del total de casos, constituyen una fuente valiosa de información disponible para aproximarse a la magnitud del problema en ausencia de otras fuentes de datos oficiales. Este estudio aborda la evolución de egresos hospitalarios relacionados con ITS entre 2000 y 2023 en Ecuador, como un acercamiento a la realidad epidemiológica del país, evidenciando tendencias y disparidades según sexo, edad y provincia.

OBJETIVO

Analizar la evolución de los egresos hospitalarios por ITS en Ecuador (2000–2023), identificando tendencias y disparidades según sexo, edad y provincia.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio ecológico utilizando datos secundarios oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (4). Las fuentes fueron el Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios, los censos de población y vivienda (2001, 2010 y 2022) y las proyecciones poblacionales. Se seleccionaron 121 códigos CIE-10 correspondientes a ITS. Se calcularon tasas crudas y ajustadas por edad y sexo por cada 100,000 habitantes, estratificadas según sexo, grupo etario y provincia, con

1 Universidad Internacional del Ecuador. E-mail: algarciaagu@uide.edu.ec

un análisis desagregado a nivel provincial. La población de referencia para la estandarización indirecta fue la de Ecuador en cada año censal. Para identificar cambios significativos en la tendencia de la tasa cruda se aplicó un modelo de regresión de puntos de cambio (*Joinpoint regression*), con un nivel de significancia de $\alpha=0,05$. El modelo se presenta con el cambio porcentual anual (APC), que refleja la variación media anual de las tasas. Estos análisis se realizaron en SPSS v29, RStudio v4.4.1 y Joinpoint Regression Program v5.3.0. Se controlaron sesgos mediante estandarización semántica y validación cruzada de datos. La investigación se adhiere a la normativa ética nacional vigente, al emplear bases de datos secundarias de acceso público, por lo que no requirió aprobación por comité de ética.

RESULTADOS

En el período 2000–2023 se registraron 94,568 egresos hospitalarios por ITS, de los cuales el 50,3% correspondieron a mujeres. La edad media fue 26,5 (DE 26,4) en mujeres y 33,4 años (DE 15,9) en hombres ($P=0,01$). El grupo etario con mayor reporte de EH fue de 27 a 59 años, 66,1% en hombres y 40,5% en mujeres. El VIH representó el 65,8% de los casos, seguido de ITS no especificadas (16,0%), verrugas anogenitales (4,7%), sífilis congénita (4,1%) y sífilis (3,6%). Las tasas nacionales crudas de EH del global de ITS mostraron un ascenso hasta el 2008 (APC 11,9; $P=0,03$), seguidas de una meseta entre el 2008–2018 (APC 1,6; $P=0,07$), con valores entre 30 y 35 egresos/100,000 habitantes. Durante el tercer periodo, en el que se incluye la pandemia (2018–2021) hubo una reducción (APC -18,4; $P=0,1$) y una posterior estabilización (APC 2,6; $P=0,5$). En 2001 y 2010, las provincias que concentraron tasas más altas de EH fueron aquellas con mayor densidad poblacional. En el análisis global del periodo 2000–2023, las edades medias más altas se observaron en hombres de provincias del centro andino (entre 42,5 y 54,7 años) y en mujeres de la región costa y sierra sur (entre 61,2 y 73,0 años). En 2022 se observó un incremento de EH en provincias de la región amazónica con mayor densidad poblacional, y en otras zonas del centro-sur andino.

CONSIDERACIONES

Este estudio revela un aumento sostenido en los egresos hospitalarios por ITS en Ecuador entre 2000 y 2023, con el VIH como principal causa registrada. Las disparidades observadas según sexo, grupo etario y región sugieren inequidades en acceso y disponibilidad de servicios de salud. La disminución marcada de las tasas durante la pandemia podría reflejar cambios en la oferta, demanda o subregistro. En un contexto de limitada vigilancia epidemiológica, estos resultados subrayan la necesidad urgente de desarrollar sistemas integrados que mejoren la detección y monitoreo continuo de las ITS, así como el fortalecimiento de estrategias preventivas.

REFERENCIAS

- (1) Gaitán-Duarte H. Las infecciones de transmisión sexual: un problema de salud pública que Colombia debe enfrentar. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017 Sep 29;68(3):164.
- (2) Herrera-Ortiz A, López-Gatell H, García-Cisneros S, Cortés-Ortiz MA, Olamendi-Portugal M, Hegewisch-Taylor J, et al. Sífilis congénita en México. Análisis de las normas nacionales e internacionales desde la perspectiva del diagnóstico de laboratorio. *Gac Med Mex*. 2019 Aug 15;155(5).
- (3) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Procedimientos Del Subsistema Alerta Acción SIVE-ALERTA. In 2014. p. 0–268. Disponible em: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/12315/1/Manual_de_procedimientos_del_subsistema_alerta_accion_sive.pdf
- (4) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Metodología Camas y Egresos Hospitalarios. 2023. Disponible em: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS (2013 A 2023)

Janaíne Aparecida Peixoto¹

Marcela Cristine Silva

Anna Maria Meyer Maciel

Antônio Carlos Vieira Ramos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A hanseníase, causada pelo *Mycobacterium leprae*, é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, cuja disseminação está relacionada com as condições socioeconômicas, sanitárias e de vida, incluindo fatores como a pobreza, saneamento básico inadequado, desnutrição e acesso limitado aos serviços de saúde, que desempenham um papel significativo na propagação da doença, tornando-a mais prevalente em regiões com essas características. [1] O Brasil ocupa a 2ª posição do mundo entre os países que mais registram casos novos da doença, sendo superado apenas pela Índia. [2] No ano de 2023, o país registrou 30.412 casos da doença, com uma taxa de detecção de 14,97 casos por 100.000 habitantes, correspondendo a um parâmetro de “alta endemicidade”. Minas Gerais, nesse período, registrou 1.550 casos novos da doença, correspondendo a uma taxa de detecção de 7,2 casos por 100.000 habitantes. [3] A hanseníase caracteriza-se por apresentar uma distribuição espacial heterogênea (não aleatória), se diferenciando de acordo com regiões, estados, municípios e mesmo em unidades geográficas menores, como bairros. O conhecimento da situação epidemiológica a nível local é demasiadamente importante para a definição de ações prioritárias em saúde considerando as especificidades de cada cenário.

OBJETIVO

Analisar o perfil sociodemográfico e clínico e a distribuição espacial dos casos de hanseníase em Minas Gerais no período 2013 a 2023.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional ecológico desenvolvido em Minas Gerais, nos anos de 2013 a 2023. [4] Como unidade de análise ecológica foram considerados os 853 municípios de Minas Gerais. Como população, foram considerados todos os casos de hanseníase notificados nos municípios mineiros e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados foram coletados através do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Quanto a análise dos dados, foi realizada análise descritiva das variáveis coletadas, com o cálculo das frequências absolutas (*n*) e relativas (%). Para a etapa de análise espacial, através do *software*

1 Universidade do estado de Minas Gerais (UEMG). E-mail: janaïne.2142646@discente.uemg.br

Qgis 3.32.0, foi construído um mapa coroplético com a representação da distribuição dos casos de hanseníase para os 853 municípios mineiros. Por utilizar dados públicos, o estudo dispensou aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Entre 2013 e 2023, foram registrados 15.119 casos novos de hanseníase em Minas Gerais. Quanto ao perfil sociodemográfico, houve predomínio do sexo masculino (57,29%), com 1ª a 4ª série do ensino fundamental incompleta (19,04%), e cor da pele/raça autodeclarada parda (49,25%), sendo a faixa etária mais acometida a de 15 anos ou mais (96,9%). Em relação ao perfil clínico, a maioria dos casos notificados possuía classificação operacional Multibacilar (77,94%), apresentando forma clínica dimorfa (45,85%). O maior percentual dos casos possuía Grau 0 de incapacidade física no momento do diagnóstico (48,98%), com exame de baciloscopia negativa (25,65%). Sobre a quantidade de lesões cutâneas, a maioria dos casos apresentou mais do que 5 lesões (42,88%). Em Minas Gerais, no período investigado, dos 853 municípios, 219 não notificaram casos novos de hanseníase. Dos municípios que registraram casos novos da doença, as cidades de Uberlândia (1823 casos), Belo Horizonte (1457 casos), Montes Claros (1068 casos), Governador Valadares (838 casos) e Januária (485 casos) foram as que mais notificaram casos da doença, apresentando um total de 5671 casos notificados (37% do total de casos).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No estado de Minas Gerais, o perfil sociodemográfico e clínico dos casos novos de hanseníase se assemelha ao de locais com perfil epidemiológico de hiperendemicidade da doença. A distribuição espacial da hanseníase em Minas é heterogênea, com municípios apresentando alta quantidade de casos distribuídos por todo o estado. Tal distribuição pode estar relacionada à influência dos determinantes sociais relacionados à doença em cada localidade. A doença é negligenciada e acomete com mais frequência populações desprivilegiadas, imersas em contextos de extrema vulnerabilidade socioeconômica, como condições de habitação e alimentação precárias, além de dificuldades de acesso aos serviços de saúde para diagnóstico precoce e tratamento oportuno. A identificação do perfil epidemiológico da doença e dos municípios com maior quantidade de casos pode subsidiar o sistema de saúde estadual na adoção de estratégias mais direcionadas para o controle da doença no estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
- [2] World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: Elimination of leprosy disease is possible – Time to act!. Weekly epidemiological record. 2024;37(99):501–521.

- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Acompanhamento dos dados de hanseníase – Minas Gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswmg.def>
- [4] Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. Ann review public health. 1995;16(1):61-81.

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) E O DESAFIO DO SANEAMENTO BÁSICO NO MUNICÍPIO DE ITATIAIA, RIO DE JANEIRO (2003-2023)

Maria Angélica da Silva Ferreira¹

Thiago de Oliveira Loures

Thainá Aparecida Pereira Moura Cerqueira

Alex Canto

Giovana Côrtes Amorim

Isabele da Costa Angelo

Tiago Marques dos Santo

Cheryl Gouveia

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As doenças diarreicas agudas (DDA) estão entre os principais agravos de saúde pública mundial. Trata-se de um agravo de etiologia predominantemente infecciosa, com agentes como rotavírus, norovírus, *Escherichia coli* e *Giardia lamblia* [1], frequentemente associado à ingestão de água contaminada, higiene precária e ausência de esgotamento sanitário [2]. Nesse sentido, observa-se que a doença é particularmente evidente em comunidades vulnerabilizadas, onde o acesso a serviços essenciais é limitado ou inexistente. No Brasil, com as desigualdades persistentes somadas à ausência de saneamento básico adequado, há o favorecimento da propagação de agentes patogênicos como os das DDA, reforçando a relevância deste agravo como indicador das iniquidades em saúde [3].

OBJETIVO

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar as notificações de doenças diarreicas agudas no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2003 e 2023, com ênfase no município de maior incidência acumulada no período, buscando investigar sua relação com as condições de saneamento básico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com base em dados das fichas de notificação de doenças diarreicas agudas disponibilizadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (CEP nº 7.253.698). As informações sobre saneamento básico foram obtidas por meio de dados secundários provenientes de revisão bibliográfica.

RESULTADOS

A cidade que apresentou a maior incidência acumulada no período foi Itatiaia, com 63.386,3 por 100 mil habitantes, valor aproximadamente vinte vezes superior ao registrado para todo o estado

1 Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: mariaasfcontato@gmail.com

(3.117,6 por 100 mil habitantes). Observou-se aumento dos casos a partir de 2018, com destaque para 2022 e 2023, anos com os maiores registros no município. De acordo com o Instituto Água e Saneamento [4], com base no IBGE de 2022, cerca de 26,71% da população local não possui acesso à rede de esgoto, e não há estações de tratamento de esgoto em operação. A água destinada ao consumo é captada em locais públicos, frequentemente sem restrição ao acesso de pessoas e animais, recebendo apenas cloração parcial antes da distribuição, o que compromete sua potabilidade. Essas condições podem favorecer a transmissão dos agentes patogênicos causadores das DDA.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A inexistência de uma política municipal de saneamento básico e o descarte in natura de efluentes em corpos hídricos utilizados inclusive para fins turísticos configuram um cenário de elevada vulnerabilidade sanitária e ambiental em Itatiaia. A discrepância entre a infraestrutura de saneamento do município e a média estadual evidencia a exposição desproporcional da população local às doenças diarreicas agudas. Esses achados reforçam a importância da implementação de políticas públicas estruturantes voltadas à universalização do acesso ao saneamento, conforme discutido por Castro [2], que aponta a precariedade nesse setor como um desafio persistente para a promoção da saúde pública e o enfrentamento das iniquidades sociais e ambientais no território.

REFERÊNCIAS

- [1] Medeiros MI, Neme SN, da Silva P, *et al.* Etiology of acute diarrhea among children in Ribeirão Preto-SP, Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2001;43(1):21–4.
- [2] Castro BLS. A captação de água e sua qualidade em Itatiaia/RJ: uma análise das potencialidades deste tema na educação básica no município[dissertação]. Seropédica: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2022.
- [3] Silva ES, Oliveira DD, Lopes AP. Acesso ao Saneamento Básico e Incidência de Cólera: uma análise quantitativa entre 2010 e 2015. *Saúde Debate*. 2020;43:121-136.
- [4] Instituto Água e Saneamento. O saneamento em Itatiaia | RJ – Municípios e Saneamento. São Paulo: IAS; 2023. Disponível em: <https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/rj/itatiaia>

DOENÇAS SOCIALMENTE DETERMINADAS: TUBERCULOSE EM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Jossiane Teixeira de Oliveira¹

Casanova André Motopa Mpuhua

Adriana Ilha da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a tuberculose (TB) continua sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo[1], e o Brasil é um dos países com taxas consideravelmente elevadas[2].

Frente a esse cenário, é importante destacar a importância de ações governamentais como o programa Brasil Saudável. Trata-se de uma iniciativa com o objetivo de reduzir a incidência da TB. Este programa facilita o acesso aos serviços de saúde, além de auxiliar na conscientização sobre as formas de prevenção e tratamento[3].

Deste modo, é importante salientar que a TB é muitas vezes cercada de estigmas sociais, assim, tais iniciativas podem subsidiar no processo de enfrentamento dessa doença infecciosa, que por sinal se relaciona intimamente com condições sociais e econômicas [4]

Tratando-se de pessoas em situação de rua, o quadro torna-se ainda mais crítico, pois são indivíduos que muitas vezes não têm acesso facilitado aos serviços de saúde, o que resulta em diagnósticos tardios, somado a falta de tratamento adequado e ao aumentando do risco de transmissão da doença. Também não se pode ignorar o problema da insegurança alimentar, nessa perspectiva, a falta de uma alimentação balanceada e saudável podem comprometer o sistema imunológico, o que as tornam mais suscetíveis a infecções desta natureza.

OBJETIVO

Analisar o perfil epidemiológico da Tuberculose nas populações em situação de rua, no Espírito Santo.

Descrever as características sociodemográficas das pessoas com Tuberculose, no Espírito Santo.

Comparar as taxas de Tuberculose em pessoas em situação de rua, no Espírito Santo.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é bibliográfica e documental. Em relação à pesquisa bibliográfica, constitui-se um tipo de investigação que se concentra na coleta e análise de informações que já foram publicadas acerca do assunto[5]. Nesse caso, optamos por selecionar livros e artigos com temáticas pertinentes a este

1 Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: jossianeoliveira@hotmail.com

tema na Base de Dados Scielo e Google Acadêmico. Os textos foram lidos, selecionando-se os aspectos considerados mais relevantes para a compreensão do fenômeno analisado.

Em relação à pesquisa documental, se concentra na análise de documentos, no caso, optamos pelos dados divulgados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)[6], de 2019 a 2023, os quais foram especificados em uma tabela com as seguintes variáveis relacionadas às pessoas em situação de rua: situação (cura, abandono e óbito pela doença), sexo, raça, idade, tipo de entrada (recidiva, caso novo e reingresso após abandono), vícios e tratamento.

A análise dos dados foi realizada com análises descritivas, focando exclusivamente nos fatores que podem justificar o aumento da incidência da tuberculose em pessoas em situação de rua, cujos resultados podem ser vistos a seguir.

RESULTADOS

Os dados sobre casos de tuberculose em pessoas em situação de rua no Espírito Santo revelaram um aumento significativo no número de notificações, uma vez que de 66 em 2019 saltou para 136 em 2023, com um crescimento importante também entre 2022 e 2023.

No que se refere a taxa de cura, os dados do SINAN revelam que há uma tendência de queda, pois em 2020 a taxa de cura foi de 23,33% e em 2023 caiu para 8,82%. No que tange ao abandono do tratamento, comparado a 2019 (50%), houve um declínio no ano de 2020 (34,44%) e 2021 (31,25%) e elevando-se em 2022 (37,93%). Houve uma variação em relação a coinfeção com HIV/Aids, com um aumento em 2023 (12,50%) comparado a 2022 (1,15%).

No que se refere ao aspecto demográfico, a maioria dos casos ocorreram entre homens, sendo 2019 (77,27%); 2020 (67,78%); 2021 (83,75%); 2022 (79,31%) e 2023 (76,47%) comparados as mulheres; com predominância em pessoas pardas 2019 (50%); 2020 (52,22%); 2021 (50%); 2022 (45,98%) e 2023 (50%) comparados a brancos, pretos, amarelos e indígenas; a faixa etária mais afetada foi a de 20 a 59 anos que em 2019 (92,42%); 2020 (93,33%); 2021 (96,25%); 2022 (91,95%) e em 2023 (96,32%). O estudo evidenciou em 2023, altos índices de alcoolismo (57,35%), uso de drogas ilícitas (72,06%) e tabagismo (63,97%) nesse público. Houve também em 2023, uma taxa pequena de tratamento diretamente observado (TDO), apenas 19,85% nos indivíduos tiveram essa modalidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esses dados evidenciam a urgência de ações mais direcionadas em relação ao atendimento das necessidades de saúde da população em situação de rua, como, programas voltados para a prevenção e tratamento de uma doença tão grave para uma população que já vive em uma situação sub-humana.

As políticas de saúde precisam, urgentemente, de medidas mais eficazes quanto a este problema. É fundamental reformular as iniciativas móveis, como os consultórios de rua e garantir que essas pessoas tenham acesso integral à atenção básica e a serviços especializados, sem qualquer tipo de barreira.

Além disso, pode-se desenvolver campanhas de triagem de áreas com alta concentração de pessoas em situação de rua, usando testes rápidos e exames de escarro para o diagnóstico precoce da tuberculose. Igualmente, a parceria com ONGs, esta colaboração com organizações não governamentais que já trabalham com esta população pode facilitar a identificação e tratamento adequado de cada caso.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Tuberculosis. Geneva: WHO; 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
- [2] Organização Pan-Americana da Saúde. Dia Mundial de Combate à Tuberculose: Brasil reforça ações para eliminação da doença como problema de saúde pública. 2023. <https://www.paho.org/pt/noticias/24-3-2023-dia-mundial-combate-tuberculose-brasil-reforca-acoes-para-eliminacao-da-doenca>.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Saudável. Brasília, DF: MS; 2025. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>.
- [4] Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FO de S, Hino P. The incidence of tuberculosis and its relation to social inequalities: Integrative Review Study on PubMed Base. Escola Anna Nery 2020;24. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0367>.
- [5] Silva RT. Manual para elaboração de projeto de pesquisa e artigo científico revisado e atualizado. 2023.
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. TabNet Win32 3.3: TUBERCULOSE–Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Espírito Santo. 2025. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tuberces.def>.

E AS ALUNAS MÃES? A MEDICINA, AS MULHERES, E O NÃO-LUGAR

Paula Colodetti Santos¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esse relato de pesquisa é um resultado parcial de uma tese de doutoramento que explora as experiências de alunas mães no curso de medicina, um campo tradicionalmente dominado por homens e como a maternidade impacta sua saúde mental e desempenho acadêmico. São graduandas que pertencem a um curso proferido em universidade particular, e que por isso tem que lidar com a necessidade de arcar com os altos custos que envolvem essa formação, que atinge valores mensais de cerca de 10,6 salários-mínimos. Quantia que interfere na capacidade de arcarem com uma rede de cuidados particulares, necessitando da ajuda de familiares e promovendo (auto)cobranças por suas ausências.

A medicina, como ciência produzida por homens historicamente, é marcada por valores estrutural e universalmente heteronormativos¹. Nesse sentido, apesar das mulheres atualmente comporem a maioria das estudantes em formação, e em um futuro breve serem a maior parte dos profissionais da área², vemos tratar-se de um curso pensado para a realidade masculina. Assim, valores como a dedicação integral ao trabalho – sem reconhecimento dos momentos de descanso, a invalidação de licenças que se relacionem ao cuidado com os filhos e o assédio relacionado ao gênero, seguem sendo frequentes e contribuem para reprodução de uma ética misógina pelas próprias mulheres, que não as beneficia e as afasta dos cargos de poder onde são minoria³.

OBJETIVO

O objetivo geral deste trabalho é compreender como os atravessamentos de gênero, classe, raça e a maternidade impactam essas mulheres enquanto estudantes de medicina. Em relação aos objetivos específicos incluem-se: apreender como a instituição de ensino acolhe e/ou dificulta suas permanências no curso; analisar o impacto desse contexto na saúde mental e no desempenho acadêmico e propor ações e políticas que promovam a equidade de gênero.

METODOLOGIA

A pesquisa é qualitativa e utiliza como principal instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas em profundidade com 18 alunas mães do curso de medicina. Todas as entrevistas se deram virtualmente com gravação autorizada pelas mesmas na plataforma Google Meets. Posteriormente ao seu arquivamento, as entrevistas foram transcritas e seu conteúdo separado em eixos temáticos para análise, conforme metodologia de análise de conteúdo⁴.

1

E-mail: paulacolodetti@gmail.com

Seguidamente a proposta de separação em eixos temáticos foram criadas categorias que agrupavam conceitos semelhantes. Assim, foi possível interpretar os dados e a identificar padrões. Neste processo de análise de conteúdo, optou-se por conduzi-la de maneira indutiva, onde as categorias definidas emergiram a partir dos próprios dados colhidos.

Cada entrevista durou cerca de uma hora, sendo a mais longa com duração de 3 horas e 30 minutos e a mais curta de 45 minutos. O período de coleta de dados se deu entre dezembro de 2024 e janeiro, fevereiro e março de 2025. Este trabalho foi submetido ao comitê de ética do Instituto de Medicina Social – UERJ com coparticipação do CEP UNESA sob o parecer 6.985.100.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa revelam que as alunas mães enfrentam diversas dificuldades, principalmente no que se relaciona a sobrecarga de trabalho, uma vez que precisam conciliar as responsabilidades maternas (cuidados com os filhos, tarefas domésticas), os estudos (aulas, provas, trabalhos) e, muitas vezes, um emprego remunerado, em especial para arcar com os altos custos que envolvem esse curso. Sobrecarga que se relaciona ao desgaste físico e mental dessas mães, que mesmo quando consigam desempenhar bem academicamente, referem a constante sensação de não estarem desempenhando seus papéis a contento⁵.

Além disso, muitas alunas mães não contam com o suporte adequado do parceiro ou tem suas necessidades reconhecidas pela instituição de ensino⁶. Suas redes de apoio ao cuidado acabam por estar relacionadas às mulheres que a cercam—as mães, tias, madrinhas, e muitas vezes vem dos parentes e conhecidos os recursos financeiros para arcar com a graduação. Essa ajuda não é sem consequência, já que cobranças em relação ao desempenho estudantil, às suas práticas de cuidado, e até em seus vínculos afetivos, são responsabilidades que lhes são cobradas – por elas mesmas ou por esses que as cercam.

Por fim, destaco que a lógica que permeia essa formação mantém-se atravessada por uma ética que não leva em consideração a diversidade. Neste sentido, são alunas que acabam por enfrentar resistências por parte dos colegas, professores e da própria instituição de ensino, sejam por comentários desrespeitosos, na falta de flexibilidade nas atividades acadêmicas ou na falta de apoio no que concerne a presença de crianças na universidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Essas são barreiras que não só dificultam o desempenho acadêmico, mas que geram impedimentos, como a não participação em atividades extracurriculares, que levam a um estado tal de saturação que levam ao trancamento ou abandono do curso. Desigualdades que seguem fazendo com que, mesmo com um maior contingente de mulheres fazendo a faculdade de medicina ainda nos mantemos longe das lideranças e em posições subalternizadas³.

Se o currículo médico tem avançado com a inclusão de eixos em que é possível se pensar

a relação médico paciente, trazendo modelos práticos de um atendimento humanizado, é de suma importância que a instituição de ensino adote uma postura mais acolhedora e flexível, reconhecendo a diversidade das alunas e alunos em formação, promovendo um ambiente realmente marcado pelo propósito da equidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- (2) Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023.
- (3) Liang R; Dornan T; Nestel D. Why do women leave surgical training? A qualitative and feminist study. The Lancet. 2019;393(10171):541-549.
- (4) Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70; 1977.
- (5) Brito Q et al. Maternidade, paternidade e vida acadêmica: impactos e percepções de mães e pais estudantes de medicina. Rev BrasEduc Méd. 2021;45:233.
- (6) Khadjooi K; Scott P; Jones L. What is the impact of pregnancy and parenthood on studying medicine? Exploring attitudes and experiences of medical students. J Royal Col Physicians Edinburgh. 2012;42(2):106-110.

ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL E AUTONOMIA PARA USUÁRIOS DO CAPS II DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

Jeremias Campos Simões¹

Ariany Bonifacio Santos

Gideão Gonçalves de Carvalho

Thalita da Costa Ferreira

Vitória Loiola Moraes

Priscila Heringer Machado

Felipe Gomes Lemos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir dos anos 70, o movimento da reforma psiquiátrica, os processos de desinstitucionalização e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) promoveram transformações significativas na produção e gestão do cuidado em saúde mental. Essas mudanças contribuíram para a (re)inserção de pessoas em sofrimento mental nos diversos espaços sociais^{1,2}.

A (re)inserção desses sujeitos exige superar obstáculos decorrentes do isolamento forçado que vivenciaram. Nesse contexto, a economia solidária surge como uma estratégia fundamental para recuperar seu lugar social e promover autonomia econômica. Entendida como uma abordagem que valoriza a colaboração, a igualdade e o bem-estar coletivo, a economia solidária se baseia em práticas de produção, distribuição e consumo compartilhadas, com decisões coletivas e distribuição justa de benefícios, priorizando o desenvolvimento humano sustentável³.

Dessa forma, ao adotar a economia solidária como estratégia para o empreendedorismo social, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) promovem a reinserção social, estimulam a autonomia, a criatividade e a autoestima dos usuários. Além disso, fortalecem o vínculo entre o serviço e o usuário, contribuindo para seu projeto terapêutico singular, e ampliam a (re)integração do usuário em seu território e comunidade².

OBJETIVO

Promover o desenvolvimento econômico e social de usuários de um CAPS II do município de Vitória-ES, mediante a implantação de um stand de vendas para comercialização de produtos confeccionados pelos próprios usuários.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, de caráter extensionista e empírica, desenvolvida em parceria com o CAPS II, localizado em Vitória-ES, em parceria com um centro universitário

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: jcsimoes@id.uff.br

filantrópico, realizada em dois dias do mês novembro de 2024. A execução da pesquisa ocorreu em três etapas: 1) visita *in loco* ao CAPS II para compreensão das oficinas de economia solidária; 2) definição das estratégias para viabilizar a realização da feira solidária; e 3) realização da feira no centro universitário.

Participaram da pesquisa sujeitos que interagiram ou adquiriram produtos na feira, selecionados por amostragem intencional. A produção de dados foi realizada por meio da observação participante e entrevista de participantes-chave. A feira solidária foi compreendida nessa pesquisa dispositivo, para analisar as trocas de saberes, os vínculos, disseminação de conhecimento por meio da interação entre usuários e público. Para analisar e compreender as falas, foi utilizada a técnica de análise dos núcleos de sentido, identificando-se assim o conteúdo latente. Os resultados são apresentados de forma descritiva.

RESULTADOS

A interação entre os usuários, produtores das mercadorias comercializadas na feira de economia solidária, e a comunidade local, foi verificada por meio da interação de 51 pessoas no ambiente de instalação da feira. Observou-se o desenvolvimento de habilidades de venda, como comunicação, persuasão e negociação, resiliência, persistência e conhecimento do produto, permitindo que os usuários experienciassem um novo lugar social: o do trabalho. Da interação, resultou-se na comercialização de 62 produtos, em que todo valor arrecadado é destinado exclusivamente para os usuários envolvidos na produção das mercadorias e a destinação final dos valores arrecadados é definida em assembleia, supervisionada pela equipe de referência do CAPS. O desenvolvimento da feira econômica pode servir para direcionamento da inserção no mercado de trabalho¹.

Ao considerar o trabalho como direito social é necessário reconhecer que pessoas em situação de vulnerabilidade social ficam à margem do mercado de trabalho. Dessa forma, atividades de economia solidária desenvolvidas no contexto da atenção psicossocial, contribuem para a reabilitação psicossocial e econômica dos usuários^{2,3}, conforme destacado nas falas de dois participantes: *“Eu acho muito legal [Feira], porque ajuda a gente no financeiro, é uma forma de distrair a gente e eu gosto muito de fazer os sabonetes também, e é muito importante pra mim a feira”* e *“É importante [Feira] pra mim porque me ajuda demais já que recebemos um dinheirinho vendendo esses sabonetes, e também é uma oficina que eu gosto muito, me deixa relaxado e fico mais tranquilo em relação a tudo”*.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O A atividade da economia solidária desenvolvidas pelos usuários dos CAPSII demonstrou ser dispositivo de potência para criação de espaços de diálogo, de trocas de saberes, a promoção da autonomia, ampliação da inclusão social, além de contribuir para o fortalecimento de redes de apoio mútuo entre os equipamentos de saúde mental, os usuários dos serviços, os profissionais da saúde, a comunidade e os cidadãos.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- 2 Jansen RC, Silva IC, Nogueira MRN, Oliveira VC, Cavalcanti MCSL, Barros LM. Arteterapia na promoção da saúde mental: relato de experiência. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2021 [acesso em 10 Out 2023];10:e805. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/805/723>
- 3 Gaiger LI. Economia solidária e a revitalização do paradigma cooperativo [Internet]. UNICOPAS; [acesso em 10 Out 2023]. Disponível em: <https://unicopas.org.br/biblioteca/produto/a-importancia-do-cooperativismo/>

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES LGBTI+ USUÁRIOS DE CAPS INFANTIL DE CAPITAL DO SUL DO BRASIL: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTEGRAL E ANTIMANICOMIAL EM SAÚDE MENTAL

Ana Paula Pionkevicz Martens¹

Maria Adriana Margoth

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde mental de lesbianas, gays, bissexuais, travestis, transsexuais, intersexuais, e outras minorias sexuais e de gênero (LGBTI+) tem se colocado como desafio para os profissionais do Sistema Único de Saúde devido ao preconceito e estigmatização. Historicamente essas pessoas têm recebido classificações patologizantes, e a discriminação e estigma se perpetuam até o presente momento, e é fator determinante no processo saúde e doença dessa população especialmente na saúde mental [1].

Na fase da adolescência em que se constitui o processo de conhecimento de si e do mundo, as pessoas LGBTI+ enfrentam a discriminação da sociedade, mas especialmente dos pais e cuidadores. Quando a aceitação não se apresenta, os adolescentes passam a desenvolver questões de sofrimento e chegam aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, para tratamento do sofrimento e sensibilização dos pais e cuidadores sobre o preconceito e desinformação [2].

O uso de psicotrópicos e de práticas terapêuticas são lançados, porém é necessário o desenvolvimento de estratégias pela equipe para construção de conhecimento junto aos pais e cuidadores visando o acolhimento e facilitar o processo de entendimento e aceitação [3]. Nesse contexto, as famílias costumam reproduzir valores religiosos e morais e dificilmente tiveram a oportunidade de questioná-los e compreender outras formas de afeto a não ser as heteronormativas.

OBJETIVO

Discutir práticas para os serviços de saúde mental que promovam o enfrentamento a desinformação e discriminação contra adolescentes LGBTI+, ofereçam o fortalecimento de vínculos familiares e sejam complementares as ofertas terapêuticas com promoção a saúde através da orientação familiar.

METODOLOGIA

Diante dos questionamentos e inquietações colocadas pelo atendimento a adolescentes em sofrimento de saúde mental colocados pela condição de sexualidade e gênero, profissionais do CAPS

1

Universidade Federal do Paraná. E-mail: martenspaula@ufpr.br

Infantil do Pinheirinho da Capital de Curitiba começaram a discutir estratégias de atendimento aos familiares para o enfrentamento a desinformação e discriminação [4].

Dessa forma, a equipe organizou o atendimento em Grupo de Família no mesmo horário e dia do Grupo de Escuta LGBTI+ ofertado no serviço como estratégia de proporcionar a interação dos profissionais com os pais e cuidadores enquanto aguardam os filhos na atividade terapêutica prevista em seu tratamento. Os grupos são atividades de cuidado em saúde mental, que são realizados de forma contínua e semanal, e as práticas e intervenções são constituídas de maneira coletiva e através do vínculo entre os usuários e profissionais de saúde, constituindo-se em espaço de cuidados horizontal e comunitário.

O Grupo de Pais acontece toda quarta-feira às 15h30 desde Agosto/2023 e é dirigido por um ou dois profissionais da equipe multidisciplinar que possuem afinidade e apropriação do tema. Neste espaço são proporcionadas a escuta e acolhimento das demandas das famílias, e compartilhamento de informações sob o viés da educação popular sobre direitos da população LGBTI+, identidade de gênero, sexualidade, formas de afeto, efeitos do preconceito e discriminação na saúde das pessoas LGBTI+.

RESULTADOS

Como resultados foi possível observar que a partir das informações e diálogo proporcionadas pelo grupo de família no CAPS I, houve mudança positiva de pensamento e de olhar dos familiares a respeito das pessoas LGBTI+. A equipe observou o resgate e fortalecimento do vínculo intrafamiliar como também maior comprometimento dos cuidadores em relação ao tratamento dos usuários LGBTI+, resultando em significativa melhora das demandas de saúde mental apresentadas na adolescência dos usuários LGBTI+ em especial em meninos trans onde a demanda de usuários em sofrimento era maior no serviço.

A adesão das famílias ao grupo é positiva, o que demonstra que a promoção de espaço seguro, acolhedor e informativo sem julgamentos é fundamental para a reflexão e mudança de perspectiva e comportamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A promoção de práticas de educação popular em saúde que valoriza os saberes em ambiente seguro, acolhedor, humanizado e livre de julgamentos, aberto ao diálogo, beneficia a construção de conhecimentos de forma complementar as terapêuticas comuns, fortalece o enfrentamento do preconceito e discriminação das pessoas LGBTI+ e da medicalização. O afeto familiar construído a partir do olhar do conhecimento, fortalece os vínculos familiares contribuindo na melhora da saúde mental dos adolescentes LGBTI+ usuários do serviço do CAPS I Pinheirinho, como também estimulam o respeito a diversidade e contribuem efetivamente para o fortalecimento da autonomia desses usuários e da convivência familiar e comunitária.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- [2] Organização Pan-Americana Da Saúde (OPAS). Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. 2020.
- [3] Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad Saùde Pública. 2011; 27 (1):7-18.
- [4] Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva. 2020;25(11), 4691-4704.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ABORDAGEM DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA-UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabella Tannure Sanches¹

Garcia Alejandro Vergara Figueroa

Julia Beatriz Ferreira dos Santos

Kevelyn Cristina Ramos Correia

Ágata Cavalcante da Costa

Letícia Mendes Berbat

Ana Beatriz Giri

Marina Soares Alves Fernandes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem observado um aumento significativo na população em situação de rua, especialmente na região Sudeste. Entre 2019 e 2022, o número de pessoas nessa condição cresceu 38% (1), totalizando 281.472 indivíduos. Esse avanço está intimamente ligado a determinantes sociais como a falta de acesso a serviços de saúde, educação, moradia e outros direitos básicos (2). A persistente desigualdade social compromete o direito ao cuidado e acentua a vulnerabilidade desse grupo, dificultando intervenções eficazes. Trata-se de uma das populações mais fragilizadas, em razão das condições precárias de vida e da limitação no acesso às políticas públicas. Nesse cenário, a educação em saúde surge como uma estratégia essencial (3), pois, ao informar sobre autocuidado e formas de utilizar os serviços disponíveis, contribui para a autonomia e o exercício da cidadania. Este relato de experiência descreve uma atividade desenvolvida por estudantes de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), voltada à promoção de práticas educativas junto a pessoas em situação de rua na Praça Saens Peña, na Tijuca, Rio de Janeiro.

OBJETIVO

O principal objetivo deste estudo foi relatar uma atividade educativa com a população em situação de rua na Tijuca (RJ), incluindo o mapeamento das características demográficas e socioeconômicas. Buscou-se também promover atividades lúdicas e educativas para facilitar o acesso aos serviços de saúde e estimular o autocuidado, além de gerar dados que possam subsidiar políticas públicas mais inclusivas.

METODOLOGIA

A atividade foi estruturada com uma abordagem dinâmica e interativa, utilizando linguagem simples e acessível para engajar as pessoas em situação de rua. Além da transmissão de conhecimento

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: bebellatsanches@gmail.com

técnico, a proposta valorizou a troca de saberes, o acolhimento e a escuta ativa. O projeto contou com a parceria do programa RUAS, que distribui refeições e oferece apoio a essa população. Foram apresentados diversos serviços de saúde disponíveis na região, como Clínicas da Família, CRAS, CREAS, UPA, CAPS e CAPSAD (4). A metodologia contou com uma dinâmica lúdica, onde os participantes estouravam balões que continham em seu interior situações específicas em que deveria ser buscado determinado tipo de serviço de saúde, promovendo reflexão participativa. Também foi realizado um levantamento de dados sobre os participantes (sexo, etnia, escolaridade e conhecimento sobre direitos), com momentos de troca de experiências e compartilhamento de informações úteis para a cidadania e o cuidado em saúde.

RESULTADOS

Os dados coletados mostraram que, embora alguns indivíduos da população em situação de rua já utilizem serviços como as Clínicas da Família e o CAPSAD, ainda existem barreiras que dificultam o acesso pleno a esses serviços. Dentre as dificuldades relatadas, destacam-se a falta de documentação, o custo e tempo de deslocamento até os centros de saúde, além da insuficiência de vagas em serviços como o CAPS (5). No entanto, a atividade educativa demonstrou impacto positivo, com muitos participantes expressando a intenção de buscar atendimento médico após serem informados sobre os serviços disponíveis e seus direitos à saúde. A escuta das experiências de outros participantes, que já haviam utilizado os serviços, ajudou a motivar os demais a procurarem assistência. Observou-se também que o acesso à informação pode ser uma ponte para reestabelecer o vínculo entre essa população e a rede pública de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A realização de atividades de educação em saúde é essencial para garantir que a população em situação de rua tenha acesso à informação sobre seus direitos e sobre os serviços de saúde disponíveis. Este relato de experiência evidencia a importância de dar continuidade a essas ações educativas, com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à saúde e promover maior equidade. Além disso, o mapeamento realizado deve ser expandido, com o objetivo de compreender de maneira mais aprofundada as necessidades dessa população, para que intervenções mais específicas e eficazes possam ser implementadas. A experiência também ressalta a importância do trabalho colaborativo, com a participação ativa da comunidade e das organizações sociais. A continuidade dessas ações, aliada ao fortalecimento das políticas públicas de saúde, é fundamental para garantir dignidade e cidadania à população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

- (1) IPEA. Estimativa da população em situação de rua no Brasil: Nota Técnica nº 85. Brasília, DF: IPEA; 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: MS; 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF: MS; 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>
- (4) Paes MS, Cardoso VCP, Dourado MB. Barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela população em situação de rua: revisão integrativa. Saúde Debate. 2020;44(125):400–15. doi:10.1590/0103-1104202012501
- (5) Silva KL, Sena RR. A intersetorialidade como dispositivo no enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):389–95. doi:10.1590/S0080-62342008000300003

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Soares Abreu¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), o que demanda dos profissionais de saúde a atuação em diversos contextos de violências. Todavia, o cotidiano da prática profissional explicita o expressivo quantitativo de casos de violência contra a mulher. Violência esta, entendida como um problema estrutural e cultural alicerçado em uma sociedade brasileira ainda patriarcal e machista.

Em consonância ao exposto, a APS desempenha um papel fundamental no enfrentamento dessa violência tendo como uma de suas frentes de intervenção, as ações de promoção da saúde. Ações estas, que devem ser compreendidas como estratégias, individuais ou coletivas, que permitem a articulação entre os diferentes setores e políticas públicas com o objetivo de redução das iniquidades sociais. [1]

Depreende-se, que as ações de educação em saúde devem ser consideradas como estratégias importantes no combate às violências. Sendo assim, o Agosto Lilás, instituído pela lei nº 14.448, de 9 de setembro de 2022, objetiva conscientizar sobre o combate à violência contra a mulher. [2] Dada a sua relevância, apresenta-se como uma das principais campanhas de conscientização que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, promovendo um olhar ampliado acerca dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, nas situações de violência.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma ação de educação em saúde sobre o Agosto Lilás realizada em uma escola municipal, no município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

A ação foi intitulada de Programa Saúde na Escola (PSE)–Agosto Lilás e se concretizou em uma escola municipal de abrangência da Clínica da Família, em agosto de 2023. Esta ação se materializou em parceria com a Escola e a Sala da Mulher Cidadã, da Secretaria da Mulher. Esta intervenção foi coordenada pela assistente social da unidade de saúde, mas também contou com a participação da psicóloga e da profissional de educação física da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (eMulti), para além de uma agente comunitária de saúde (ACS).

Meses antes, a assistente social estabeleceu contato com a Escola e com a Sala da Mulher Cidadã com a finalidade de organizar a referida ação, mediante definição do dia e horário, conforme

1 Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. E-mail: carla.carlota.soares@gmail.com

agenda das profissionais das três instituições. Ficou pactuado também que o público alvo da ação seria as mulheres responsáveis pelos alunos e alunas da Escola.

A diretora realizou a divulgação com antecedência do evento. Entretanto, apenas oito mulheres participaram. Como material de apoio, foi afixado um cartaz (elaborado pela assistente social), com os principais tipos de violência contra a mulher (física, psicológica, moral, sexual e patrimonial), conforme consta na Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. [3] No cartaz ainda continha uma imagem do ciclo da violência e os principais canais de denúncia. No primeiro momento, foi realizada uma roda de conversa sobre os principais tipos de violência, canais de denúncia, rede de atendimento existente no território e sobre o ciclo da violência. O interessante foi que as mulheres presentes participaram, seja complementando o que foi exposto ou fazendo questionamentos.

Posteriormente, as três profissionais da Sala da Mulher Cidadã também tiveram seu espaço de fala e desenvolveram uma oficina de crochê em fio de malha. Apesar de se tratar de uma temática de enorme complexidade, essa oficina tornou a roda de conversa descontraída e permitiu que as mulheres se sentissem mais seguras. Desta forma, ao final da roda de conversa, cerca de duas mulheres pediram para conversarem, em particular, com as profissionais da Sala da Mulher Cidadã. As profissionais da Sala da Mulher Cidadã explicitaram outros cursos e oficinas ofertados na sede da referida instituição, que poderiam se constituir em atividades de capacitação e acesso à renda. Espaços estes, que são coletivos e as permitem conhecerem a realidade de outras mulheres na mesma situação, bem como, de aumento da autoestima.

Ao realizar uma reflexão acerca dessa intervenção, nota-se que pode ser considerada como exitosa, pois permitiu que as mulheres tomassem consciência do contexto de violência, as quais estavam inseridas e pudessem ser direcionadas aos principais equipamentos da rede de proteção. Cabe acrescentar, o fato de se tornarem disseminadores de conhecimento e repassarem as informações para outras mulheres que possam estar na mesma situação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Em suma, parte-se do entendimento de que a violência é uma questão de saúde pública, mas não somente, haja vista que sua complexidade engloba fatores sociais, econômicos e culturais. O combate à violência contra a mulher não pode se restringir apenas aos casos já agudizados, que requerem uma ação dos principais equipamentos da rede de proteção. Há a necessidade do incentivo de ações socioeducativas que abordem a temática objetivando a prevenção da violência e a promoção da saúde.

Os cursos e oficinas ofertados pela Sala da Mulher Cidadã se constituem como importantes ferramentas de acesso ao conhecimento e inserção no mercado de trabalho. Fundamentais para o fomento da autonomia financeira da mulher, tão necessária para romper com o ciclo da violência.

Ratifica-se assim, a potencialidade da intersetorialidade e do trabalho em rede, por meio da articulação entre Saúde, Educação e Secretaria da Mulher, no enfrentamento à violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.
- [2] Brasil. Lei nº 14.448, de 9 de setembro de 2022. Agosto Lilás. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14448.htm
- [3] Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

EFEITOS DOS EVENTOS EXTREMOS DE CALOR SOBRE A SAÚDE PERINATAL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Juliana Guimarães Dantas¹

Djacinto Monteiro dos Santos

Leonardo Faria Peres

Lino Augusto Sander de Carvalho

Andreza Pereira Rodrigues

Renata Libonati dos Santos

O aquecimento global induzido pelas atividades humanas já causou múltiplas mudanças no sistema climático, incluindo o aumento de temperaturas extremas de calor¹. Episódios recentes de ondas de calor têm afetado bilhões de pessoas em todo o mundo², em particular, em megacidades densamente povoadas. A frequência e a intensidade de onda de calor e outros eventos climáticos extremos estão aumentando rapidamente e devem aumentar nas próximas décadas, de forma a impactar diretamente na saúde da população³. A literatura internacional aponta associação entre a saúde gestacional e extremos de temperatura, com impactos no aumento das taxas de prematuridade⁴, natimortalidade e baixo peso ao nascer. No contexto da Agenda 2030, a Organização Mundial da Saúde estabelece em 2023, a década de enfrentamento da prematuridade⁵. A prematuridade é um desafio que vem sendo enfrentado no país, no entanto em nenhuma das estratégias propostas até o momento inclui-se os fatores climáticos. Objetivo: Conhecer a literatura nacional e internacional sobre a associação entre ondas de calor e prematuridade. Método: Trata-se de uma revisão de escopo segundo recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI). As buscas ocorreram entre maio e junho de 2024 nas bases de dados PubMed, BVS e Scopus e na biblioteca Scielo, limitando-se a artigos científicos publicados. Os descritores foram selecionados de acordo com os “Descritores em Saúde” (DECS/MESH) combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR”, que de acordo com a chave de busca escolhida, totalizou 8.771 artigos. Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados de 2019 a 2024, nos idiomas inglês, português e espanhol e que estivessem dentro do contexto de prematuridade e ondas de calor. Como critérios de exclusão foram retirados artigos relacionados apenas à poluição do ar, que não foi encontrado texto completo, mesmo através do acesso Café, e que não se enquadram no objeto de pesquisa. O passo a passo da seleção dos estudos foi descrito através do diagrama de Prisma. Resultados: Foram incluídos nesta revisão 39 artigos. O país que mais se destacou na pesquisa da temática foi a China, seguido da Austrália. Além dos trabalhos de fonte primária, também consideramos artigos de fonte secundária para compor o estudo. Os resultados foram organizados em quadro sinóptico, por autor, título do artigo ano, metodologia, público do estudo, resultados e país de origem. Após análise dos artigos, emergiram duas categorias: “Prematuridade e eventos extremos climáticos de calor: Ondas de calor” e “Associação entre onda de calor e poluentes do ar e consequências para prematuridade”.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: julianadantas.cean@ufrj.br

As categorias ressaltam que estudos conduzidos em países como China e EUA, evidenciam associação entre ondas de calor e prematuridade. Além disso, a literatura internacional se debruça a discutir em qual momento da gestação sob influência de diferentes ondas de calor, possuem maior impacto sobre o desfecho da prematuridade. Nesse sentido, nota-se que ondas de calor compostas e ondas de calor diurnas aumentaram o risco de 1,6% a 3,7% e 2,7% a 4,2%, respectivamente, quando as gestantes são expostas na última semana de gravidez. Determinantes sociais de saúde também estão intimamente associados ao aumento do risco, assim como a mudança de comportamento da população frente a uma onda de calor. O estudo também apontou que a poluição do ar combinada com altas temperaturas potencializa o desfecho perinatal. Conclusão: Os eventos extremos de calor influenciam diretamente no risco de prematuridade, contudo, existe uma lacuna de conhecimento em âmbito nacional acerca da temática. Diante disso, é necessário que a pauta climática seja inserida nos cuidados do ciclo gravídico-puerperal. Para tal, é necessário que pesquisas nacionais sejam desenvolvidas, a fim de conhecer a realidade brasileira frente ao enfrentamento das ondas de calor na gestação e a criação de políticas públicas de saúde com o intuito de direcionar o cuidado dessa população.

REFERÊNCIAS

- (1) IPCC. Regional Context. in IPCC. Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part B: Regional Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. 2014:1133-1197.
- (2) Mora C et al. Global risk of deadly heat. Nat. Clim. 2017;7:501-506.
- (3) Wilson A et al. Climate change impacts on projections of excess mortality at 2030 using spatially varying ozone-temperature risk surfaces. J. Expo. Sci. Environ. Epidemiol. 2017;27:118-124.
- (4) Mazdiyasni O et al. Increasing probability of mortality during Indian heat waves. Sci. Adv. 2017;3:e1700066.
- (5) World Health Organization . Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva: WHO; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>.

ELABORAÇÃO DE GUIA INTERCULTURAL DE PROMOÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL DE JOVENS KAINGANG DO TERRITÓRIO INDÍGENA GUARITA

Maria Gabriela Curubeto Godoy¹

Ieda Maria Ávila Dias

Priscila Góre Emilio

Viviane Tolfo Capellari

Elizângela Ribeiro

Paulo de Tarso Coelho Jardim

José Antônio Grande

Seeromanie Harding

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os povos indígenas no Brasil apresentam um perfil de morbimortalidade em saúde mental distinto do restante da população, relacionado a um processo de colonização violento e gerador de vulnerabilidades e iniquidades, com maior prevalência de depressão, suicídio e alcoolismo afetando os jovens¹. Neste sentido, propusemos desenvolver o projeto “IMPACT: Implementação de um Programa Multissetorial para aprimorar a saúde mental de adolescentes indígenas no Brasil e Dominica”. Trata-se de uma pesquisa-ação que visa a promoção da saúde mental de jovens indígenas Kaingang do Território Indígena Guarita (TIG).

Localizado no Noroeste do Rio Grande do Sul, o TIG é o maior do sul do Brasil, com 23,4 mil hectares distribuídos em 3 municípios, 15 aldeias Kaingang e 2 Guarani, com um total de 6.774 indígenas. Uma das produções do projeto foi o Guia Intercultural de Atenção Psicossocial e Saúde Mental de Jovens Kaingang voltado aos trabalhadores de saúde, professores, lideranças indígenas e demais interessados.

OBJETIVO

Descrever o processo de elaboração do ‘Guia de Atenção Psicossocial e Saúde Mental de Jovens Kaingang do Território Indígena Guarita’ elaborado em uma perspectiva dialógica, participativa, intercultural e decolonial.

METODOLOGIA

Pesquisa-ação inspirada na proposta *He Pikinga Waiora*, cujos princípios são: Engajamento da Comunidade; Abordagem Culturalmente Centrada; Tradução Integrada de Conhecimento e Sistema de Pensamento². A escolha do TIG envolveu universitários indígenas que agendaram reuniões virtuais

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: gabriela.godoy@ufrgs.br

entre pesquisadores e lideranças indígenas e visitas posteriores ao território. Na implementação do projeto formaram-se o Grupo de Implementação das Partes Interessadas (GIPI) – lideranças, diretores e professores de escolas indígenas, trabalhadores de saúde e pesquisadores; o Grupo de Adolescentes Indígenas (GAI)–20 adolescentes das escolas envolvidas; e o Grupo de Trabalho da Saúde (GTS) – pesquisadores e profissionais de saúde do Polo de Saúde do TIG. O GTS preparou a oficina sobre saúde mental e atenção psicossocial juvenil da qual surgiu a necessidade de elaboração de um guia sobre o tema para o TIG, estabelecendo diálogos interculturais entre concepções indígenas e a adaptação do Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde, versão 2.0 (MI-mhGAP)³.

RESULTADOS

O GTS iniciou o guia através de uma pesquisa bibliográfica e a elaboração de um roteiro temático contendo a história, cosmologia, valores e concepções de cuidado coletivo e Bem Viver do Povo Kaingang; a identificação da organização da saúde indígena e os fluxos na atenção em saúde mental no TIG e os municípios; o crescimento e desenvolvimento nas perspectivas biomédica e Kaingang; e a adaptação da versão em português do MI-mhGAP. Essa adaptação selecionou agravos mais prevalentes entre adolescentes, incluindo: Transtornos do Desenvolvimento, Transtornos de Conduta; Depressão; Suicídio; Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas, com ênfase no alcoolismo; Psicose e Violências.

As representantes do Polo de Saúde Indígena do GTS realizaram reuniões com lideranças, estudantes e professores de escolas indígenas, trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), Hospital Santo Antônio e Especialistas em Medicinas Indígenas (Kujás). Estes últimos foram fundamentais para aprofundar conhecimentos sobre a perspectiva Kaingang em relação às diversas temáticas abordadas.

Paralelamente, todos participantes do GTS escreveram o Guia. O principal desafio observado tratou-se da adaptação e revisão intercultural do MI-mhGAP e da adoção do termo “transtorno”, inexistente na concepção Kaingang. Esta adota perspectivas ampliadas e interconectadas entre dimensões individuais, socioculturais e espirituais na compreensão do processo saúde-doença, diferindo das concepções subjacentes ao MI-mhGAP. Essa questão foi problematizada a partir das conversas com os Especialistas de Medicinas Indígenas do TIG (Kujás) e a bibliografia existente sobre atenção psicossocial, bem viver e saúde mental indígena produzidas no Brasil^{4,5}.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O GTS optou por manter no Guia ambas as perspectivas: Kaingang e a do MImhGAP considerando importante divulgá-las conjuntamente para o estabelecimento de um diálogo intercultural que deve tomar como premissa a ampliação de possibilidades na elaboração de projetos terapêuticos embasados em um cuidado coletivo culturalmente centrado. Nesse sentido, cabe aos trabalhadores de

saúde em geral, atuantes ou não em territórios indígenas, adotar uma escuta atenta e sensível e diálogo na relação de cuidado e na manutenção do acompanhamento, valorizando a possibilidade de famílias indígenas escolherem seus itinerários terapêuticos, o que pode incluir a atuação dos Especialistas das Medicinas Indígenas dentro ou fora do território.

O Guia elaborado representa uma primeira versão que não esgota o tema e a inclusão de saberes e orientações dos Especialistas das Medicinas Indígenas.

REFERÊNCIAS

- (1) Paiva de Araujo JA et al. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. *Lancet*. 2023 Sep14;26: 100591.
- (2) Oetzel JG et al. He Pikinga Waiora Implementation framework: A tool for chronic disease intervention effectiveness in Māori and other Indigenous communities. *Int Jou Integr Care*. 2017;18(S1), A6:1-8.
- (3) MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- (5) El Kadri MR, Silva SES, Pereira AS, Lima RTS.(org.) Bem Viver: Saúde Mental Indígena. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

ENTRAR NA MEDICINA, RESISTIR NA UNIVERSIDADE: EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES NEGROS E OS IMPACTOS DO RACISMO NA GRADUAÇÃO

Jaqueline Freire Cardoso¹

Kevelyn Cristina Ramos Correia

Rafael de Oliveira Ramos

Hellen Cristina dos Santos

George Henri Costa da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As universidades brasileiras, especialmente os cursos de Medicina, historicamente se constituíram como espaços elitizados, brancos e racialmente excludentes. A entrada de estudantes negros, impulsionada por políticas afirmativas como a Lei nº 12.711/2012, representa uma conquista inegável, mas evidencia também novas formas de exclusão. No cotidiano acadêmico, esses sujeitos enfrentam microviolências, estigmas e práticas institucionais discriminatórias que comprometem sua permanência, formação e saúde mental (1,2). O racismo estrutural, perpetuado por relações historicamente naturalizadas, estrutura desigualdades educacionais e de acesso à saúde, impondo barreiras simbólicas e materiais que impactam de forma contundente a trajetória acadêmico-profissional de estudantes negros na Medicina. Compreender essas vivências sob a perspectiva da determinação social do racismo é essencial para a construção de políticas equitativas na formação em saúde. A formação médica, além de intensa, carece de compromisso com práticas antirracistas, reforçando silenciamentos e fragilidades institucionais. Refletir sobre o protagonismo negro na Medicina exige tensionar os lugares historicamente ocupados pela população preta no cuidado em saúde, muitas vezes restritos a posições menos valorizadas e reconhecidas (3).

OBJETIVO

Analisar, por meio de uma revisão narrativa descritiva, as vivências de estudantes negros na graduação em Medicina no Brasil, refletindo sobre os impactos do racismo estrutural e institucional na permanência, saúde mental e formação acadêmico-profissional, bem como as lacunas teóricas e institucionais que desafiam a construção de uma educação médica antirracista.

METODOLOGIA

Este trabalho configura-se como uma revisão narrativa qualitativa e descritiva, com o objetivo de discutir as vivências de estudantes negros na graduação em Medicina no Brasil e os impactos do racismo nesse processo formativo. A metodologia adotada fundamenta-se na compreensão de que a ciência não é neutra, pois todo conhecimento é produzido a partir de lugares sociais específicos, sendo

1 Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: Jaquelinefreirecardoso@gmail.com

atravessado por relações de poder. A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2024, por meio de buscas nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, utilizando descritores do DeCS combinados com operadores booleanos, como “Educação Médica” OR “Estudantes de Medicina” AND “Negros” AND/OR “Racismo”. Foram incluídos estudos em português, com recorte para o contexto brasileiro, além de teses, dissertações, boletins, relatórios técnicos e anais de congressos, dada a escassez de produções específicas na área médica. Após leitura exploratória, os materiais mais relevantes foram analisados interpretativamente e sistematizados.

A organização dos dados seguiu as categorias de racismo estrutural, racismo institucional e fatores de estresse relacionados à permanência e vulnerabilidades socioeconômicas. A escuta atenta das vozes negras presentes nos materiais analisados foi central para a análise, respeitando as narrativas como fonte legítima de produção de conhecimento e resistência.

RESULTADOS

Espera-se que esta revisão descritiva evidencie as múltiplas dimensões do racismo vivenciado por estudantes negros na graduação de Medicina, destacando os impactos em sua trajetória acadêmica, saúde mental, desempenho educacional e construção da identidade médica. Ao mapear os fatores de vulnerabilidade enfrentados por essa população, como dificuldades financeiras, sentimento de não pertencimento, solidão, estereotipagem e o impacto emocional do racismo cotidiano, busca-se compreender de forma crítica as barreiras institucionais e suas consequências.

A escuta das vozes negras nos textos analisados não é apenas uma evidência empírica, mas uma forma de legitimar saberes historicamente silenciados. Essas vozes revelam estratégias de resistência, criação de redes de apoio, ações coletivas e afetos mobilizados no enfrentamento das violências institucionais. A triangulação com referenciais teóricos permitirá aprofundar a compreensão dessas vivências, contribuindo para a formulação de políticas institucionais mais inclusivas e sensíveis à diversidade racial no ensino médico. O estudo também visa fomentar debates sobre a necessidade de práticas pedagógicas antirracistas e políticas de permanência efetivas no ambiente universitário.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise das experiências de estudantes negros, sob uma perspectiva interseccional, revela como o racismo atua de forma estrutural e institucional, impactando a formação acadêmica e subjetiva desses indivíduos. O rendimento acadêmico e a saúde mental dos estudantes negros não podem ser entendidos apenas por fatores individuais, mas por desigualdades sistêmicas presentes no ambiente universitário. A baixa representatividade no corpo docente e discente, as microagressões cotidianas, a ausência de conteúdos sobre a saúde da população negra e a negação do racismo nas instituições formam barreiras invisíveis, mas profundas. Além disso, o racismo internalizado contribui para sentimentos de inferioridade, impostura e insegurança, dificultando o florescimento pessoal e profissional, sendo expressões de uma lógica histórica de exclusão social e epistêmica.

Portanto, é urgente que as faculdades de Medicina assumam o compromisso com um projeto pedagógico antirracista. A implementação de políticas de permanência, a inclusão de conteúdos sobre racismo e saúde da população negra, e o fortalecimento de redes de apoio são medidas fundamentais para garantir a equidade no processo formativo. A construção de uma universidade verdadeiramente democrática exige a escuta ativa das vozes negras e o reconhecimento de seus saberes, trajetórias e resistências como parte legítima e essencial do campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva AK, Barreto MA. A permanência de estudantes negros em cursos de Medicina: desafios e estratégias. Rev Bras Educ Med. 2018;42(4):35-43.
- (2) Associação Médica Brasileira (AMB). Racismo estrutural e saúde mental: impactos na formação médica. Boletim Técnico. São Paulo; 2023.
- (3) Araujo EC. O lugar do negro na Medicina brasileira: entre o cuidado e o silenciamento. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10.
- (4) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2012.

ENTRE A GARANTIA LEGAL E A REALIDADE: O PARADOXO DO ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SETE LAGOAS (MG)

Joyce Samara Dias Santos¹

Ágatha Fraga Ferreira

Lara Alves Prado

Natália Soares de Oliveira

Caio César Souza Coelho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) enfrenta múltiplas vulnerabilidades, que envolvem não apenas a privação material, mas também dificuldades no acesso a serviços de saúde, assistência social e direitos fundamentais. O fenômeno é multifatorial, influenciado por questões como desemprego, uso de substâncias psicoativas, ruptura de vínculos familiares e ausência de políticas públicas eficazes (1).

No Brasil, apesar da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e da existência de dispositivos como as equipes de Consultório na Rua (eCR), as barreiras institucionais e estruturais ainda impedem que esse grupo tenha acesso contínuo e qualificado aos serviços de saúde. Além disso, há baixa efetividade na implementação de Políticas de Equidade, especialmente na assistência social e cidadania, somada ao preconceito de profissionais que dificultam a continuidade do cuidado na saúde pública.

No município de Sete Lagoas (MG), a Secretaria Municipal de Assistência Social realizou um levantamento socioassistencial (2) voltado para essa população, buscando traçar um perfil detalhado de suas condições de vida, meios de acesso aos serviços públicos e principais dificuldades enfrentadas no âmbito da saúde. Este estudo se insere nesse contexto, analisando os dados dessa pesquisa, com foco nos aspectos de saúde, discutindo suas implicações para políticas públicas locais.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar os dados da pesquisa socioassistencial realizada pela Prefeitura de Sete Lagoas, identificando os principais problemas de saúde enfrentados pela população em situação de rua, seu acesso aos serviços de saúde e os desafios na continuidade do cuidado. A partir desses achados, busca-se discutir estratégias para reduzir as barreiras de acesso e garantir uma assistência mais humanizada e efetiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e baseado na análise da pesquisa socioassistencial conduzida pela Prefeitura de Sete Lagoas e de revisão da legislação atual das políticas de saúde voltadas para a população de rua. A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2022, com uma retomada em março de 2023. A amostra incluiu 161 indivíduos atendidos pelo Centro POP, os quais responderam a um questionário estruturado contendo 82 perguntas sobre perfil socioeconômico, histórico de vida e acesso a serviços.

Para esta análise, foram extraídos e interpretados os dados relacionados à saúde, incluindo a autopercepção de saúde, o acesso a serviços médicos, a prevalência de doenças crônicas e infecciosas, e a utilização de serviços emergenciais. Além disso, foram examinados fatores que dificultam o cuidado contínuo, como falta de documentação e preconceito institucional. O trabalho também se propõe a comparar esses achados com as políticas públicas atuais voltadas para a equidade em saúde, a fim de identificar avanços, lacunas e desafios na promoção de um cuidado efetivamente inclusivo para a população em situação de rua.

RESULTADOS

A análise dos dados da pesquisa revelou que a maioria dos entrevistados não possui acompanhamento médico regular, recorrendo aos serviços de urgência e emergência como principal meio de atendimento acarretando na sobrecarga dos serviços terciários, elevação nos custos do SUS e possível comprometimento do prognóstico dos pacientes.

O levantamento indicou que 65% dos indivíduos relataram não ter acesso contínuo a serviços de saúde, sendo que a falta de documentação e o preconceito por parte dos profissionais de saúde foram as barreiras mais citadas.

Entre os problemas de saúde mais frequentes, destacam-se transtornos mentais, doenças respiratórias e infecções de pele. O uso abusivo de drogas também foi relatado como um fator que interfere na busca por assistência médica e na adesão a tratamentos. Além disso, cerca de 48% dos entrevistados afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência física, o que amplia o impacto na saúde mental e na vulnerabilidade dessa população.

A insegurança alimentar também foi um fator relevante, apenas 30% dos entrevistados realizam ao menos duas refeições por dia, o que agrava quadros de desnutrição e dificulta a recuperação de doenças.

Outro ponto importante foi o uso de serviços de urgência como principal meio de atendimento, mais de 70% dos entrevistados relataram procurar Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais apenas em momentos críticos de saúde, evidenciando a falta de acompanhamento preventivo e contínuo.

Os dados sugerem que, embora existam dispositivos assistenciais na cidade, há um descompasso entre as necessidades dessa população e a forma como os serviços são organizados, isso favorece o

aumento de pacientes desassistidos, o agravamento de condições de saúde e a perpetuação de injustiças no acesso aos serviços.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A população em situação de rua de Sete Lagoas enfrenta múltiplas barreiras para o acesso à saúde, agravadas pela insegurança alimentar, violência e uso abusivo de substâncias (3). O predomínio de atendimentos emergenciais em detrimento da atenção primária reflete um modelo assistencial que não consegue garantir o cuidado contínuo e integral a esse grupo.

Diante desse cenário, é essencial fortalecer estratégias como a ampliação do Consultório na Rua, a facilitação do acesso ao SUS e a capacitação de profissionais para um atendimento humanizado. A integração entre assistência social e saúde deve ser aprimorada para garantir uma abordagem intersetorial mais eficaz.

Investir em políticas públicas que garantam acesso equitativo aos serviços de saúde é fundamental para reduzir as desigualdades sociais e promover a dignidade desse grupo vulnerável (4). Pesquisas futuras podem explorar abordagens qualitativas, aprofundando o impacto dessas condições na vida cotidiana dessa população.

REFERÊNCIAS

- (1) Queiroz DC *et al.* Ações de assistência à saúde ofertadas à população em situação de rua: estado da arte. *Ciênc Saúde Colet.* 2024;(29). doi:10.1590/1413-81232024298.05482024
- (2) Prefeitura de Sete Lagoas. Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos. Pesquisa socioassistencial: perfil da população em situação de rua do município de Sete Lagoas. Sete Lagoas: Prefeitura Municipal de Sete Lagoas; 2023. Disponível em: <https://cecon.setelagoas.mg.gov.br>
- (3) Brito C, Silva LN. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2022(27). doi:10.1590/1413-81232022271.19662021
- (4) Martins ALJ *et al.* A interface entre as políticas públicas para a população em situação de rua: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2023(28). doi:10.1590/1413-81232023288.14232022

ENTRE A NEGLIGÊNCIA E O CONTROLE: PNEUMONIA INFANTIL E A NEGAÇÃO RACIALIZADA DO CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Lívia Daflon-Silva¹

Job Tolentino Junior

Lucas Roberto Pedron Paulino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A seletividade estatal refere-se à forma desigual como o Estado distribui direitos e recursos, garantindo proteção a alguns grupos e negligenciando outros (1). Na saúde coletiva crítica, o Estado é compreendido como produtor das desigualdades, ao definir quais corpos e territórios são dignos de cuidado (2). A pneumonia, nesse cenário, desponta como marcador de vulnerabilidade social, especialmente entre crianças negras. Sua ocorrência não se explica apenas pela precariedade da atenção primária, mas pela ação seletiva e racializada do próprio Estado (3,4). No neoliberalismo, essa seletividade assume forma penal: como propõe Wacquant, há retração das políticas sociais e intensificação do controle sobre populações empobrecidas e racializadas (5,6). Nas periferias, o Estado se ausenta da saúde, mas atua com repressão e vigilância (5,7). Essa lógica organiza territórios de abandono, onde o racismo institucional estrutura a negação do cuidado. A doença evitável evidencia uma política que distribui desigualmente o direito à vida, revelando que a saúde é, antes de tudo, uma arena de disputa política (3,8).

OBJETIVO

Analisar a seletividade estatal na saúde pública brasileira por meio das internações por pneumonia em crianças negras, investimentos na atenção primária à saúde, investimentos em medidas repressivas e dotação orçamentária com polícia no mesmo período.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo empírico, de base descritivo-analítica e abordagem crítica, fundamentado em base de dados secundárias. Foram utilizados dados do SIH/DATASUS sobre internações por pneumonia em crianças menores de cinco anos, desagregadas por raça/cor e município (9). Utilizou-se novamente o DATASUS para informações sobre financiamento de unidades de saúde (10), o Portal da Transparência do Rio de Janeiro para análise orçamentária voltada às forças policiais (11), e dados do Instituto Fogo Cruzado para o mapeamento da ocorrência de operações policiais em comunidades racializadas (12). A análise estatística foi descritiva, com médias e intervalos de confiança, articulada a uma interpretação crítica fundamentada na determinação social da saúde e na teoria do Estado penal em detrimento do Estado de bem-estar de Loïc Wacquant.

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: ldaflon6@gmail.com

RESULTADOS

Dados do SIH/SUS de 2023 indicam que a taxa média de internações por pneumonia em crianças menores de cinco anos foi de 150 por 10.000 habitantes. Quando desagregado por raça/cor, observa-se que crianças negras (pretas e pardas, IBGE, 2003) apresentaram taxa de 180 por 10.000, enquanto crianças brancas registraram 120 por 10.000 (9). Em municípios com alta vulnerabilidade socioeconômica e maioria populacional negra, como nas periferias do Rio de Janeiro, a taxa ultrapassa 200 por 10.000. Nesses territórios, os investimentos federais em atenção primária foram até 25% inferiores à média nacional, enquanto os gastos com segurança pública municipal superaram em 30% a média nacional (10,11).

Simultaneamente, dados do INFOPEN apontam que 66% da população carcerária brasileira é negra; no estado do Rio de Janeiro, esse número chega a 73% (13). Em 2023, o governo fluminense destinou mais de R\$ 1,5 bilhão à segurança pública, com foco em viaturas, armamentos e repasses ao BOPE e CORE (11). Além disso, bonificações por apreensões de drogas e armas seguem ativas, incentivando incursões violentas em favelas sob a lógica da guerra às drogas (12). Esses mesmos territórios, negligenciados em saúde, concentram ações repressivas do Estado. À luz da teoria crítica, a morbidade por pneumonia em crianças negras é expressão da seletividade estatal. Onde o cuidado é negado e a repressão é incentivada, produz-se adoecimento evitável como forma de violência sistêmica (3,5,6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa evidencia que o racismo institucional atravessa a política de saúde pública, impactando diretamente a vida de crianças negras. O Estado, ao omitir-se seletivamente nos territórios racializados, atua como produtor ativo da morbidade evitável (3,4).

A partir da epidemiologia crítica e da teoria do Estado penal de Wacquant, a morbidade infantil é compreendida como expressão da seletividade estatal e da omissão programada do cuidado em territórios negros e periféricos (5,6). O cuidado em saúde é distribuído de forma desigual, revelando uma política de vida e morte (1,2). É urgente incorporar a dimensão racial como categoria central na formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas em saúde (8).

REFERÊNCIAS

- (1) Faleiros VP. O Estado e a política social. 13. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
- (2) Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
- (3) Lopes F, Oliveira WA. Saúde da população negra: racismo e os caminhos para a equidade. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. Iniquidades em saúde: causas sociais, políticas públicas e papel do racismo. São Paulo: Editora Fiocruz; 2023. p. 201-222.
- (4) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. 2016;25(3):535-49.
- (5) Wacquant L. Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan; 2001.

- (6) Wacquant L. As duas faces do gueto. Rev Bras Cienc Soc. 2006;21(61):57-79.
- (7) Rigonatti SP, Campos GWS. O Estado e o cuidado: produção da indiferença e necropolítica nas periferias urbanas. Saude Soc. 2021;30(1):e200494.
- (8) Schraiber LB. O direito à saúde e a invisibilidade da violência: uma questão ética e política. Cien Saude Colet. 2020;25(5):1621-9.
- (9) Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS–Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>
- (10) Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento da Atenção Primária à Saúde–e-Gestor AB [Internet]. Brasília: MS; 2023 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>
- (11) Governo do Estado do Rio de Janeiro. Portal da Transparência RJ [Internet]. Rio de Janeiro: 2023 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <http://www.transparencia.rj.gov.br>
- (12) Instituto Fogo Cruzado. Dados de violência armada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Fogo Cruzado; 2023 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <https://fogocruzado.org.br>
- (13) Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília: Ministério da Justiça; 2023.

ENTRE A REPRESSÃO E A RESISTÊNCIA: FACÇÕES CRIMINAIS COMO LEGADO POLÍTICO DA DITADURA CIVIL-MILITAR BRASILEIRA

Thaíssa Fernanda Kratochwill de Oliveira¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este ensaio propõe uma releitura da origem das facções criminais no Brasil, com foco no surgimento do Comando Vermelho (CV) e de seu rival, o Terceiro Comando (TC), as primeiras organizações do tipo no país.

OBJETIVO

A análise parte do argumento de que as facções não nasceram do tráfico de drogas, mas sim como resposta à repressão e à militarização do sistema de justiça durante a Ditadura Civil-Militar (1964–1985). A tese aqui defendida é que as facções são um fenômeno de origem política, consequência da forma como o regime lidou com presos comuns e políticos a partir das Leis de Segurança Nacional (LSN) de 1967 e 1969.

METODOLOGIA

Durante a Ditadura Civil-Militar (1964-1985), diversas leis foram criadas para legitimar as arbitrariedades do regime. Entre as mais relevantes, destacam-se as Leis de Segurança Nacional (LSN) de 1967 e 1969, elaboradas para reprimir militantes de esquerda, transferindo para a Justiça Militar o julgamento de crimes como assaltos a bancos — tática comum entre grupos de luta armada(1–3). No entanto, ladrões comuns que praticavam crimes semelhantes também foram enquadrados nas LSN e enviados para presídios como o Instituto Penal Cândido Mendes (Ilha Grande-RJ), onde passaram a conviver com presos políticos(4,5).

O objetivo era diluir a presença dos presos políticos, negando sua existência oficial e neutralizando sua influência(6). No entanto, a convivência gerou solidariedade e politização entre os presos comuns, que adotaram práticas coletivas inspiradas nos militantes — como autogestão, divisão de alimentos e mobilizações por direitos(7).

Mesmo assim, a distinção entre presos persistia: os políticos recebiam alguma atenção estatal, enquanto os comuns eram reprimidos e dispersos para conter sua organização. A ruptura ocorre em 1979, com a Lei da Anistia. Embora enquadrados pelas mesmas LSN, apenas os presos políticos foram libertados. Para os comuns, esse foi o fim de qualquer expectativa institucional(7,8).

1 Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). E-mail: thaissa.fko@gmail.com

Nesse contexto, surge a Falange Vermelha, formada por remanescentes do coletivo da Ilha Grande. Após tentativas frustradas de difundir a autogestão, ela recorre à violência, vence uma rebelião e adota nova identidade: Comando Vermelho (CV) (4). Baseado na solidariedade interna, financiamento por “caixinha” e uma proposta política de “paz, justiça e liberdade”, o CV só entra no tráfico em meados dos anos 1980(4,9).

Assim, é necessário questionar a narrativa dominante que associa o surgimento das facções ao tráfico(10), ou que vê nele a causa da perda de princípios fundadores(11). Este trabalho defende que a transformação da Falange em facção ocorreu antes da entrada nesse mercado. Inicialmente, a criminalidade — roubos, furtos e sequestros — foi adotada como estratégia de financiamento e resistência(5,7). O tráfico surge depois, como fonte de recursos e expansão territorial(4).

O Terceiro Comando, primeira facção rival, nasce entre os presos que recusaram a cultura imposta pelo CV no Instituto Penal. Mais tarde, essa rivalidade se transfere às favelas do Rio, com os vínculos territoriais se tornando centrais(12). Ainda hoje, a disputa entre facções envolve também projetos políticos, códigos de conduta e formas comunitárias de organização.

Portanto, compreender as facções como herança da Ditadura permite reinterpretar sua origem não como degeneração moral, mas como desdobramento de uma politização frustrada. A violência emerge como último recurso diante da exclusão e repressão.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Comando Vermelho surge como resposta política à repressão e militarização do sistema de justiça criminal pela Ditadura, não como fruto do tráfico. O fato da primeira facção rival, Terceiro Comando, além de todas as demais surgirem como desdobramentos da história do CV revela a origem política das facções criminais no Brasil. Antes de adentrar o tráfico, o Comando Vermelho já articulava um projeto de resistência política e justiça social pela via criminal, revelando que sua origem está mais ligada à política do que ao tráfico de drogas.

Portanto, situar o surgimento das facções no campo da política — para além da criminalidade — é essencial para compreender sua lógica, persistência e seus vínculos com a história do autoritarismo no Brasil. Entender as facções como frutos da Ditadura e de seu modelo de justiça criminal é um passo necessário para lidar com as facções com mais responsabilidade histórica e superar o reducionismo.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Decreto-lei no 314 (Lei de Segurança Nacional), de 13 mar. 1967.
- (2) Brasil. Decreto-Lei no 898 (Lei de Segurança Nacional), de 29 set. 1969.
- (3) Ribeiro MCB. Mulheres na Luta Armada: protagonismo feminino na ALN. São Paulo: Alameda; 2017.
- (4) Amorim C. Comando Vermelho: a história secreta do crime organizado. Rio de Janeiro: Best Seller; 1993.

- (5) Misse M. Crime organizado e crime comum no Rio de Janeiro: diferenças e afinidades. *Rev Sociol E Política*. 2011;19(40):13–25.
- (6) Coelho EC. *A Oficina Do Diabo. Crise E Conflitos No Sistema Penitenciario Do Rio De Janeiro: Espaço E Tempo*; 1987.
- (7) Lima W da S. *400 x 1: uma história do comando vermelho*. Rio de Janeiro: ANF produções; 2016.
- (8) Brasil. Lei no 6.683 (Lei da Anistia), de 28 ago 1979.
- (9) Hirata DV, Grillo CC. Sintonia e amizade entre patrões e donos de morro: perspectivas comparativas entre o comércio varejista de drogas em São Paulo e no Rio de Janeiro. *Tempo Soc*. 2017;29(2):75.
- (10) Carvalho LS, Soares RR. Living on the edge: Youth entry, career and exit in drug-selling gangs. *J Econ Behav Organ*. 2016;121:77–98.
- (11) Reuter P, Paoli L. How Similar Are Modern Criminal Syndicates to Traditional Mafias? *Crime and Justice* 2020;49:223–87.
- (12) Manso BP. *A fé e o fuzil*. São Paulo: Todavia, 2023.

ENTRE ÁGUAS E ESPERANÇA: O DESAFIO E A SOLIDARIEDADE NO RESGATE DE ANIMAIS DURANTE AS ENCHENTES DE IPATINGA E A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ANIMAL PARA A SAÚDE HUMANA

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento¹

Josiane Marcia de Castro

Walisson Medeiros

Elisangela Alves Santana

Alana do Carmo Rodrigues

Maria Adriana de Medeiros Silva

Higor de Miranda Aquino

Cleone Cristino da Silva

Shara Regina da Silva

Mauro Liberato

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As tragédias causadas por desastres naturais, como enchentes e tempestades, não afetam apenas a vida humana, mas também impõem grandes desafios à fauna local ⁽¹⁾. Em muitos casos, os animais são deixados em situações de vulnerabilidade extrema, muitas vezes sem recursos ou abrigo adequados para enfrentar os impactos desses eventos. As enchentes que devastaram Ipatinga não apenas causaram danos materiais, mas também revelaram a profunda interconexão entre a saúde animal e a saúde humana, destacando a importância de políticas públicas e ações coordenadas durante crises. O resgate de animais, muitas vezes negligenciado em cenários de desastre, se torna um exemplo de como a determinação social da saúde e a interseccionalidade entre diferentes esferas da saúde impactam diretamente o bem-estar coletivo ⁽²⁾. Em situações como essa, a proteção dos seres vivos não se limita apenas ao cuidado imediato com os animais, mas também à prevenção de doenças zoonóticas e ao fortalecimento da saúde pública, ressaltando a necessidade de uma abordagem integrada e solidária para enfrentar os desafios impostos por desastres naturais. Este trabalho reflete a resiliência e a solidariedade de todos os envolvidos, mostrando que a saúde de todos está intrinsicamente ligada à proteção e cuidado com o meio ambiente e os seres vivos que dele dependem.

OBJETIVO

Relatar a atuação intersetorial no resgate de animais, durante as enchentes que atingiram Ipatinga em 2025, destacando os desafios enfrentados, as metodologias adotadas e as lições aprendidas, com o intuito de aprimorar a preparação para futuras crises e reforçar a importância da proteção animal em desastres naturais.

1

Prefeitura Municipal de Ipatinga. E-mail: vanessaramlow@hotmail.com

METODOLOGIA

No dia 12 de janeiro de 2025, a cidade de Ipatinga, situada no interior de Minas Gerais, foi atingida por um dos maiores desastres naturais de sua história, uma série de enchentes que devastou bairros inteiros, deixando tanto pessoas quanto animais em situações de extrema vulnerabilidade. Em regiões como Ipatinga, onde as enchentes são recorrentes, a implementação de protocolos eficientes de resgates e cuidados com os animais se tornou uma prioridade. Isso não se limita apenas a uma questão de compaixão, mas também de responsabilidade ecológica e social. As chuvas intensas geraram um volume de água sem precedentes, submergindo ruas, casas e áreas de difícil acesso. Esse impacto foi devastador e, ao mesmo tempo, evidenciou a importância de um trabalho eficiente de resgate de animais em situações de emergência. Com os primeiros sinais de alagamento, grupos de voluntários, ONGs de proteção animal e equipes da Zoonoses começaram a se mobilizar para atuar na emergência. Muitas famílias perderam seus animais de estimação, e diversos animais selvagens e de grande porte, se refugiaram em áreas mais altas. Os resgatistas se dividiram em equipes para alcançar os pontos mais críticos da cidade. O trabalho se intensificou durante a noite, quando os animais, buscando abrigo, se refugiavam em locais mais elevados. Foi necessário contar com sistemas de comunicação eficientes entre as equipes de resgate, o que facilitou a coordenação das operações. Foi garantido que todos os animais fossem atendidos de maneira oportuna, priorizando os casos mais urgentes. Muitos dos animais resgatados estavam estressados e feridos, devido à força das águas e à correria para se proteger. A equipe de veterinários, que foi acionada entre efetivos e contratados, prestou primeiros socorros, oferecendo tratamentos imediatos para controle de hipotermia, hidratação, curativos em ferimentos e cuidados contra doenças provocadas pelo contato com águas contaminadas. Estabeleceu-se um sistema de triagem para garantir que os resgates mais urgentes fossem realizados primeiro, com prioridade para animais idosos, filhotes ou aqueles com graves problemas de saúde. Muitos desses animais foram encaminhados ao centro de acolhimento temporário, onde receberam cuidados contínuos até que as famílias pudessem se reestruturar. A solidariedade da população de Ipatinga foi um fator essencial para o sucesso das operações. Muitos moradores, ao testemunharem o trabalho dos envolvidos, ofereceram abrigo temporário, alimentos e outros recursos para os animais. Usaram plataformas redes sociais para denunciar locais onde os animais estavam ilhados, o que facilitou o resgate de mais de 100 animais. Em um momento de desastre, o trabalho em equipe e a conscientização sobre o valor da vida animal se tornaram peças-chave para minimizar os danos causados pelas enchentes e garantir que todos, humanos e animais, recebessem o apoio necessário para superar a tragédia ⁽¹⁾.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O resgate de animais durante o desastre das enchentes em Ipatinga não só demonstrou a importância da ação coordenada entre vários setores, voluntários e a comunidade local, mas também evidenciou a relevância de políticas públicas de saúde animal para a saúde humana. A proteção e o cuidado com os animais salvaguardam não apenas a vida desses seres, mas também ajudam a prevenir a disseminação de doenças que podem afetar a população humana. O trabalho árduo e cheio de

desafios realizado na busca e no cuidado com os animais resgatados, ressaltou que a saúde pública está intrinsecamente ligada ao manejo responsável da saúde animal. Embora o cenário fosse devastador, o esforço coletivo e a colaboração entre as partes envolvidas foram fundamentais para a recuperação tanto das pessoas quanto dos animais, reforçando a ideia de que, em tempos de crise, a proteção e o cuidado com todos os seres vivos devem ser priorizados.

REFERÊNCIAS

- (1) Anjos ARS, Alves CTO, Souza Neto VA, Santos WRA, Santos DM, Leite MJH. A importância do Veterinário na Saúde Pública. RSD. 2021;10(8):e18210817254. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17254>.
- (2) Souza M. Medicina veterinária de desastres e catástrofes: plano de ação. Pubvet. 2019;13(10). Disponível em: <https://ojs.pubvet.com.br/index.php/revista/article/view/744>

ENTRE DESAFIOS E PRÁTICAS COTIDIANAS: O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Jaqueline Neri da Silva¹

Luana Dias Costa

Lucy marina de Souza Oliveira

Sara Maria Araujo de Carvalho

Julys Nathan Ferreira Soares

João Paulo Fernandes da Silva

Bárbara Eduarda Mota de Oliveira

Natália Fernandes de Andrade

Maria Fátima de Sousa

Ana Valéria Machado Mendonça

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel estratégico na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, atuando na promoção da saúde e na prevenção de doenças junto às comunidades. Seu trabalho contribui para a ampliação do acesso da população aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários.

Este estudo multicêntrico teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e profissional dos ACS, suas práticas cotidianas e os principais desafios enfrentados na execução do trabalho, considerando as unidades básicas de saúde organizadas segundo os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF). A investigação utilizou abordagem quanti-quali e foi conduzida entre 2021 e 2023, com participação de 14.528 trabalhadores da ESF em todas as regiões do Brasil, dos quais 11.697 eram ACS¹.

Os resultados destacam a relevância desses profissionais para a promoção da equidade em saúde, ao mesmo tempo que evidenciam dificuldades relacionadas à capacitação, infraestrutura e reconhecimento profissional. A partir dessas análises, espera-se contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas aos ACS e para o fortalecimento do SUS.

OBJTIVO

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil, as práticas e os principais desafios dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, com foco em suas condições de trabalho e capacitação, visando subsidiar políticas públicas que fortaleçam sua atuação na Atenção Primária à Saúde.

1 Universidade de Brasília.. E-mail: jackneri14@gmail.com

METODOLOGIA

Este estudo multicêntrico, de abordagem quanti-quali, foi realizado com base em dados coletados entre 2021 e 2023, por meio de um websurvey aplicado a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) de todas as regiões do Brasil. A coleta foi realizada utilizando a plataforma REDCap (Research Electronic Data Capture), que possibilitou o gerenciamento seguro, estruturado e padronizado das informações.

O questionário foi composto por seis blocos temáticos: (1) perfil sociodemográfico; (2) formação e educação profissional; (3) trabalho e vínculo com a ESF; (4) práticas desenvolvidas na APS; (5) condições de trabalho, infraestrutura e tecnologia; e (6) práticas de informação em saúde. A ampla abrangência temática permitiu mapear as realidades dos agentes e as múltiplas dimensões de sua atuação.

A análise estatística foi predominantemente descritiva, com uso de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão. Os dados foram processados e analisados com o apoio de softwares estatísticos específicos, visando à organização e à interpretação dos resultados de forma clara e acessível. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), conforme as diretrizes éticas vigentes.

RESULTADOS

Os resultados revelam que 80,5% dos participantes eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com predominância feminina (53,9%) e idade entre 41 e 45 anos. A forte presença feminina reflete processos históricos e sociais que associam o cuidado ao papel das mulheres, resultado de construções de gênero e da divisão sexual do trabalho. Hirata (2022) destaca que essa centralidade do feminino no cuidado em saúde não é natural, mas fruto de uma construção social que desvaloriza atividades essenciais.

A maioria dos ACS reside e trabalha no mesmo município, o que fortalece o vínculo territorial e o reconhecimento como membros da comunidade. Esse pertencimento favorece o acompanhamento das famílias, a escuta qualificada e a identificação de demandas que escapam aos instrumentos formais. Contudo, também impõe desafios como a sobreposição entre vida pessoal e trabalho, e a exposição a conflitos locais.

Apesar de 48,4% considerarem satisfatório o treinamento inicial, 34,9% não recebem capacitações há mais de quatro anos. Temas como saúde mental, atenção ao idoso e combate à desinformação foram apontados como prioritários. Em relação às condições de trabalho, 61,3% avaliaram positivamente o suporte recebido, mas relataram sobrecarga e falta de infraestrutura. O uso de tecnologias cresce, embora ainda existam limitações. A atuação dos ACS é reconhecida como fundamental para o cuidado em saúde nos territórios.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa também revelou que a atuação dos ACS é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças, especialmente no acompanhamento de grupos vulneráveis, imunização e visitas domiciliares. No entanto, desafios estruturais, como a valorização profissional e melhores condições de trabalho, são essenciais para fortalecer essa categoria e garantir um atendimento de qualidade no SUS.

Os resultados reforçam a necessidade de investimentos em formação permanente, melhores condições de trabalho e valorização profissional, garantindo suporte adequado para que possam exercer plenamente seu papel. Além disso, a ampliação do acesso a tecnologias pode potencializar sua atuação nas comunidades. O fortalecimento dos ACS é fundamental para a promoção da equidade em saúde e a efetivação de um SUS mais eficiente e inclusivo. O estudo contribui para embasar políticas públicas que reconheçam e aprimorem a atuação desses profissionais no Brasil.

REFERÊNCIAS

- (1) Sousa MF. Relatório um estudo multicêntrico sobre as práticas dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Brasília, DF; 2024. Disponível em: <https://ecos.unb.br/category/editora/relatorios-de-pesquisa/>
- (2) Oliveira JC, Ceballos AGC. A feminilização da força de trabalho em uma unidade de saúde da rede municipal do Recife. Research, Society and Development. 2022;11(10):e219111032645. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32645>
- (3) Hirata H. O cuidado: Teorias e práticas. São Paulo: Boitempo; 2022. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/O_cuidado.html?id=02aCEAAQBAJ&redir_esc=y
- (4) Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Cunha AP, Viana AL d'Ávila. Perfil dos agentes comunitários de saúde no Brasil: evidências a partir da PNAB. Cad Saúde Pública. 2023;39(suppl 2):e00216621. doi:10.1590/0102-311XPT216621

ENTRE MARÉS E MEMÓRIAS: O CORPO-MARETÓRIO COMO EIXO POLÍTICO-PEDAGÓGICO NA FORMAÇÃO DE AGENTES POPULARES EM SAÚDE DOS POVOS DAS ÁGUAS

Bianca Cardoso Peixinho¹

Mariana Gurbindo Flores

Evelyn Siqueira da Silva

Mariana Olívia Santana dos Santos

Idê Gomes Dantas Gurgel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os povos das águas, como pescadoras(es) artesanais, marisqueiras e ribeirinhos, possuem modos de vida tradicionais, marcados pela ancestralidade e por uma íntima relação com o ambiente em que vivem. Nesse contexto, a categoria maretório emerge a partir da compreensão dos movimentos sociais sobre a especificidade das relações construídas com os territórios aquáticos, que são estruturantes e dinamicamente mantenedores da reprodução social dessas comunidades¹.

A concepção de corpo-maretório, por sua vez, deriva da ampliação do conceito de corpo-território e incorpora os atravessamentos da corporeidade nas águas (mangues, rios, mares), tornando-se inexoravelmente interligada aos espaços de vivência, identidade e resistência de corpos e afetos^{2,3}. Apesar da importância dos maretórios, essas comunidades seguem sobrevivendo e resistindo a processos históricos de vulnerabilização socioambiental, decorrentes da espoliação capitalista, colonial, racista e misógina⁴.

Neste cenário, foi desenvolvido o Curso Livre de Agentes Populares de Saúde dos Povos das Águas, uma iniciativa da Fiocruz Pernambuco em parceria com o Ministério da Pesca e Aquicultura. O curso tem como um de seus eixos político-pedagógicos o corpo-maretório, construído pelas marisqueiras e pescadoras de Pernambuco, como ferramenta de superação das vulnerabilidades socioambientais dessas comunidades, à luz da determinação social da saúde e da interseccionalidade.

OBJETIVO

Analisar o processo de formação crítica de agentes populares em saúde dos povos das águas, a partir da experiência do Curso Livre, ancorado na educação popular, tomando como referência teórico-metodológica o corpo-maretório como eixo político-pedagógico do processo formativo.

METODOLOGIA

O Curso Livre ocorreu entre 5 de novembro de 2024 e 28 de janeiro de 2025, em cinco módulos, totalizando 100 horas, das quais metade foi dedicada a atividades em sala de aula e a outra

1 Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: peixinhovet@gmail.com

metade, às práticas nas comunidades. Participaram da formação 32 pescadoras e marisqueiras de oito municípios do litoral de Pernambuco: Itapissuma, Goiana, Recife, Cabo de Santo Agostinho, Rio Formoso, Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca e São José da Coroa Grande. A coleta de dados foi realizada por meio de registros sistemáticos dos processos formativos, e a análise baseou-se no método de análise de conteúdo de Bardin⁵.

A construção do corpo-maretório consistiu em um mapeamento participativo, no qual, por meio de seus corpos e maretórios, as mulheres refletiram sobre os impactos do capitalismo e da colonialidade em seus modos de vida e saúde⁶. Nessa abordagem, uma das participantes teve o contorno de seu corpo desenhado em cartolina, que foi posteriormente preenchido pelas educandas com falas sobre os adoecimentos do corpo, da mente e do espírito, interligados ao adoecimento ambiental. Essa prática possibilitou uma reflexão crítica sobre o processo saúde-doença-cuidado, articulando as dimensões pessoais e coletivas do sofrimento.

RESULTADOS

Foram evidenciadas a conscientização sobre as relações intrínsecas entre saúde, maretório, racismo ambiental, crise climática e os direitos historicamente negados às comunidades pesqueiras. As marisqueiras relataram doenças em quatro grandes grupos: genito-urinário, saúde mental, osteoarticular e doenças respiratórias. Por meio do diálogo e da problematização, discutiu-se o impacto dos grandes empreendimentos no agravamento e surgimento de múltiplas doenças nessas populações^{4,6}. Essa realidade configura a ampliação da colonização e do controle sobre o corpo-maretório.

Nesse contexto, os corpos das mulheres são particularmente atingidos pelos processos de vulnerabilização socioambiental, não apenas pelas desigualdades e violências de gênero, mas também pelas múltiplas jornadas de trabalho. Além disso, os aspectos anatômicos e fisiológicos geniturinários femininos, no contexto do trabalho pesqueiro e de mariscagem, em contato constante com águas cada vez mais contaminadas, predispõem essas mulheres a infecções, incluindo a retirada do útero⁴. Essa realidade revela a interseccionalidade do adoecimento provocado pelo extrativismo predatório, pelo patriarcado e pelo racismo ambiental, entrelaçando sofrimento e morte nos corpos, águas e subjetividades.

O conceito de corpo-maretório permite compreender o adoecimento dos povos das águas como um processo histórico, coletivo, relacional e profundamente político^{4,6}. A saúde dessas populações deve ser, portanto, pensada e promovida a partir da compreensão da inter-relação dinâmica e profunda entre os corpos e as águas. Reexistir, nesse contexto, significa não apenas sobreviver às violências, mas também reafirmar o direito de viver plenamente no corpo-maretório, (re)existindo aos projetos de adoecimento e morte que essas comunidades enfrentam.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A formação de agentes populares nos territórios das águas, desenvolvida a partir de métodos críticos, territoriais e sensíveis, constitui uma estratégia essencial no enfrentamento das desigualdades e no fortalecimento das lutas por dignidade. O conceito de corpo-mareatório se revela uma categoria potente para compreender as relações entre saúde, território e trabalho em contextos aquáticos, rompendo com concepções coloniais, homogeneizantes e universalistas que desconsideram as particularidades dos corpos, saberes e poderes locais.

Concluimos que experiências formativas como esta devem ser reconhecidas como parte das estratégias de cuidado em saúde, valorizando os saberes locais e promovendo a articulação entre movimentos sociais, serviços públicos e universidades. Defender o direito à saúde dos povos das águas é, portanto, defender o direito ao mareatório, à memória, à cultura e à vida em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Haesbaert R. Do corpo-território ao território-corpo (da terra): contribuições decoloniais. GEOgraphia. 2020;22(48):76–7.
- (2) Marques PHD. Entre territorialidades da pesca artesanal no mareatório de Caravelas e Nova Viçosa-BA. GeoTextos. 2020;16(1).
- (3) Sacramento EC. Da diáspora negra ao território das águas: ancestralidade e protagonismo de mulheres na comunidade pesqueira e quilombola Conceição de Salinas-BA [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2019.
- (4) Pena PGL, Martins VLA. Sofrimento negligenciado: doenças do trabalho em marisqueiras e pescadores artesanais. Salvador: Edufba; 2014.
- (5) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- (6) Coradin C, Oliveira SS. Contribuições do conceito de corpo-território e dos feminismos comunitários para pensarmos na construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis. Saúde Debate. 2024;48(spe1):e8731

ENTRE SABERES E CUIDADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL INDÍGENA NA ALDEIA MOCOCA (PR)

João Pedro Bach¹
Camila da Silva Eidam de Lima
Janete Machozeki
Guilherme Andrade Saldanha
Vitor Soares Mendes
Breno Bach Silva
Paula Couto Silva
Tarik Yussef Batista
Pollyana Selestrino Andreassa
Leticia Alves de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

De acordo com o censo demográfico 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, o estado do Paraná tem a 14ª maior população indígena do país, com 30.460 autodeclarados distribuídos em 399 municípios. Isso reflete em uma significativa diversidade socioespacial e cultural entre os diferentes povos indígenas e a população em geral.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena de 2002, é quem organiza a atenção a saúde indígena por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange à saúde mental, é o Documento Orientador Sobre a Gestão da Atenção Psicossocial, é quem sistematiza e define a responsabilidade dos profissionais voltados ao cuidado psicossocial no âmbito dos DSEI. (SOBRAL, 2022).

Apesar da compreensão sobre essas particularidades, frequentemente, observa-se um descaso histórico que contribui para a manutenção da vulnerabilidade social dos povos indígenas, refletindo em indicadores de morbimortalidade substancialmente superiores aos observados na população não indígena. (SACRAMENTO et al., 2025).

OBJETIVO

Diante da complexidade que permeia a saúde mental dos povos indígenas e da urgência de ações efetivas nessa área, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um grupo de estudantes e profissionais na oferta de atenção psicossocial à comunidade indígena da Aldeia Mococa, localizada no interior do estado do Paraná, norteadas pelo Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (IERSM), desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA).

1

E-mail: joao.p.bach.cbc@gmail.com

METODOLOGIA

As atividades descritas a seguir foram realizadas através do projeto de extensão chamado “Projeto Aldeia Mococa”, realizado na aldeia indígena Mococa, localizada na cidade de Ortigueira, no interior do Paraná. A demanda surgiu através de um morador da comunidade que também fazia parte da organização do projeto.

A fim de avaliar os riscos e agravos desta população, foi utilizado um instrumento que ajudou a nortear o acolhimento daqueles que desejavam o atendimento, o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). Esta é uma ferramenta estratégica produzida pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) para aprimorar o cuidado à saúde mental no estado. Essa abordagem visa identificar e classificar os níveis de risco dos usuários, facilitando a organização e a continuidade do atendimento entre os diferentes níveis de atenção à saúde. (PARANÁ, 2021)

Para aplicação dos mesmos, foi feita uma qualificação prévia com os alunos participantes e orientações pertinentes quanto ao manejo de demandas de saúde mental, discutindo a importância da abordagem desta temática e a condução da entrevista, de forma a garantir maior segurança e homogeneidade nas abordagens.

RESULTADOS

Foram realizados treze atendimentos, dos quais onze pacientes eram do gênero feminino e duas do gênero masculino, com predomínio do sexo feminino (11) e média de idade de vinte e sete anos. Os atendimentos ocorreram em uma sala reservada da escola local, com respeito à privacidade e autonomia dos participantes, que puderam escolher entre atendimento com toda equipe ou com apenas um entrevistador principal. Todos consentiram com a presença da equipe, o que favoreceu a discussão posterior e a estratificação dos casos.

A maioria possuía baixa escolaridade e atuava como estudante, artesão ou trabalhador doméstico. Entre as queixas mais frequentes destacam-se sintomas de ansiedade com ou sem sensação de pânico, distúrbios do sono e do apetite, além de tristeza persistente com perda de interesse e desesperança. Três pacientes foram classificados como risco médio e os demais como risco baixo, conforme o ERSM.

Dois casos foram especialmente marcantes: um jovem com histórico de ideação suicida, que demonstrava desesperança frente às condições socioeconômicas, e outro que expressava um forte conflito entre sua religiosidade e orientação sexual. Essas experiências ressaltam a importância de uma escuta qualificada e de abordagens contextualizadas à realidade indígena.

A saúde mental dos povos indígenas é uma questão complexa e urgente, marcada por fatores históricos, culturais, sociais e políticos. Ela está profundamente relacionada à colonização, à perda de territórios, e à violência estrutural, fatores esses evidenciados pelo discurso das pessoas atendidas. Estudos e relatórios da Fiocruz, FUNAI e Ministério da Saúde, evidenciam isso com altos índices de depressão, ansiedade, uso abusivo de álcool e suicídio, entre essa população. (AGÊNCIA BRASIL, 2023).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Durante a graduação, experiências como estas são essenciais a fim de vivenciar intervenções de saúde em diferentes contextos, proporcionando a possibilidade de visualizar na prática a importância do acolhimento e escuta humanizada frente ao sofrimento humano, especialmente, graduações em saúde, como Medicina, que tendem para um olhar mais biomédico sobre a saúde

Esta ação evidencia necessidade da atenção às demandas de saúde mental dos povos indígenas, bem como a implementação de ações que proporcionem a esta população um cuidado em saúde efetivo e que garanta a autonomia e respeito a estes povos, através de uma atuação decolonial. É de grande valia um olhar que reconheça as múltiplas violências e dificuldades que atravessam essas existências e que se crie espaços de produção de uma saúde democrática e social, como proposto nas políticas nacionais de saúde mental, respeitando a autonomia, protagonismo e individualidade de cada um.

REFERÊNCIAS

- (1) Sobral FB. Monitorando O Uso De Álcool Entre Indígenas. RECIMA21–Revista Científica Multidisciplinar. 2022;3(4):e341307.
- (2) Sacramento KLO et al. Influência dos determinantes sociais na saúde mental de povos indígenas: uma revisão integrativa da literatura. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2(1):01–17. DOI: 10.55905/revconv.18n.1-058.
- (3) Paraná (estado). Secretaria de Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção à Saúde. Divisão de Atenção à Saúde Mental. Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental – versão ampliada. Curitiba: SESA-PR; 2021.
- (4) Agência Brasil. Em quatro anos, 535 indígenas tiraram a própria vida. Agência Brasil, Brasília, DF, 20 jul. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-07/em-quatro-anos-535-indigenas-tiraram-propria-vida>.

EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA E PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL: APROXIMAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS POR UMA PERSPECTIVA CRÍTICA EM SAÚDE MENTAL

Ana Eliza Andrade Ferreira¹

Silvana Calvo Tuleski

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este resumo pretende apresentar algumas aproximações entre a Epidemiologia Crítica e a Psicologia Histórico-Cultural (PHC) como um dos resultados de pesquisa de doutorado em andamento. Como psicóloga e pesquisadora, o projeto de tese se debruça sobre estudos no campo de saúde mental e lança mão da Epidemiologia Crítica, mais especificamente da teoria da Determinação Social da Saúde (DnSS) para contribuir e avançar com a PHC em discussões no campo da saúde mental. A revisão bibliográfica como uma das etapas metodológicas nos mostrou que há, aproximadamente, uma década estudiosos da PHC vem desenvolvendo pesquisas com a confluência de categorias postuladas por autores da DnSS como, por exemplo, Breilh e a determinação social da saúde, Laurell com aportes sobre a determinação da saúde no trabalho, Donnangelo sobre a incidência da classe social na saúde e sua epidemiologia, Almeida-Filho com aportes sobre a complexidade da saúde como processo. Para este resumo elencamos alguns enlaces que dão a base necessária para a construção das teorias e demonstram o comprometimento de transformação e emancipação humana.

Reconhecendo a riqueza dessa aproximação para seguirmos nas edificações verdadeiramente críticas em saúde mental, a pesquisadora dedicou-se à internacionalização da pesquisa na Universidad Andina Simón Bolívar (Equador) sob orientação do professor Breilh entre 10/2024 a 03/2025.

OBJETIVO

Apresentar algumas relações epistemológicas entre a Epidemiologia Crítica e a Psicologia Histórico-Cultural—alcançadas até o presente momento da pesquisa de doutoramento—como um modelo crítico teórico-prático para compreensões no campo da saúde mental.

METODOLOGIA

O trabalho de desenvolvimento da tese a partir das perguntas de pesquisa e, consequentemente, dos objetivos que a orientam e a delimitam tem sido realizado a partir de uma entrada pela metacrítica para a operacionalização dos materiais utilizados, bem como para a análise dos resultados. Nesse sentido, lançamos mão de revisão bibliográfica e fontes primárias e secundárias para a elaboração do referencial teórico, levantamento de documentos históricos, governamentais e jornalísticos, entrevistas semiestruturadas, encontros coletivos, mapeamento de território e internacionalização da pesquisa.

1 Universidad Andina Simón Bolívar. E-mail: anaeferreira16@gmail.com

Especificamente para o alcance de um dos objetivos da tese, o qual nos dedicamos a divulgar parcialmente neste resumo, foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de fazer um levantamento de teses, dissertações e artigos que articulam as teorias em questão a partir de pesquisa de campo. Em seguida, durante o período do doutorado sanduíche com sugestão de leituras, orientações e aulas com o professor Dr. Jaime Breilh, foi elaborado um quadro comparativo de similaridades e complementariedades entre a Epidemiologia Crítica e a PHC.

RESULTADOS

Os estudos desenvolvidos até o presente momento nos deram condições de identificar a estreita relação entre as teorias que entendemos ser de grande relevância para uma saúde mental não individualizante, portanto, não reducionista. Um ponto em comum, por exemplo, está na própria gênese: ambas são gestadas, cada uma em seu tempo e espaço, pelas necessidades reais dos problemas enfrentados pela sociedade (1,2). A base metodológica do materialismo histórico-dialético faz da Epidemiologia Crítica e da PHC teorias que buscam a superação de uma ciência cartesiana produzida pela sociedade burguesa e, portanto, analisam a realidade em movimento e, conseqüentemente, os fenômenos que se propõem. Na primeira, há uma ruptura com os modelos de atenção à saúde—uni e multicausais (2) e, na segunda, uma proposta de superação da Psicologia dualista (mente versus corpo; indivíduo versus sociedade) (3)

Além disso, afirmam uma compreensão de seus objetos de estudo — saúde e psiquismo—como fenômenos socialmente determinados, considerando-os em movimento com suas contradições e, ontologicamente, as mediações que os atravessam (2,3). Outra similaridade é que tanto a saúde quanto o psiquismo são interpretados por uma perspectiva integral e sistêmica. Para essas teorias o sujeito não devem ser estudados isoladamente, como uma abstração ou como elementos à parte da sociedade, da mesma maneira os conceitos teóricos são postulados como unidade: para a Epidemiologia crítica, vê-se o processo saúde-doença e para a PHC, mente-corpo/cognição-afeto, por exemplo (2,4).

Outra concepção em comum que gostaríamos de mencionar é que tanto a saúde quanto o psiquismo humano se configuram por elementos biológicos que são subsumidos às novas e mais complexas leis que governam o desenvolvimento social humano (3,5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Respeitando a limitação definida para este resumo, elencamos alguns nexos que entendemos como basais para as elaborações da Epidemiologia Crítica e da PHC. Entendemos que, justamente por se tratarem de teorias preocupadas com um fazer crítico em ciência e defenderem uma prática que promova a transformação social, todas as aproximações que conseguimos identificar devem ser divulgadas, discutidas, aprimoradas. Temos esse objetivo com a finalização da tese e com publicação de artigo, bem como com a apresentação do quadro comparativo na Comunicação Coordenada no XVIII Congresso de Medicina Social e Saúde Coletiva a fim de fortalecer caminhos teórico-práticos de

uma Psicologia aliada a estudos em saúde que desvelam a complexidade de modos e estilos de vida do povo latino-americano, buscando o sentido oposto de teorias do norte global que propõe diagnósticos rápidos, descontextualizados, reducionistas e medicalizantes.

REFERÊNCIAS

- (1) Tuleski SC. Vygotski: a construção de uma psicologia marxista. Maringá: Eduem; 2002.
- (2) Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2023.
- (3) Vygotsky LS. La transformación socialista del hombre. Varnitso, USSR; 1930.
- (4) Vygotsky LS. Estructura de las funciones psíquicas superiores. In: Obras escogidas III. Madrid: Visor; 2012. p. 121–38.
- (5) Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Rev Facultad Nac Salud Pública. 2013;31:13–27.

EPISTEMOLOGÍA, PENSAMIENTO DECOLONIAL Y SALUD MENTAL

Andrés Cappelletti¹

Carina Mengo

Ariadna Mariatti

Victoria Vega

Lucrecia Zamboni

Pablo Galeazzo

Romina Taglioni

Lucas Sancho

Gala Gallo

Romina Cattaneo

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta forma parte de la Investigación titulada “Epistemologías decoloniales: feminismos, psicoanálisis y psicologías. Una revisión sistemática”, radicada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Las características más sobresalientes del denominado pensamiento decolonial consisten en: a) la crítica a la modernidad eurocéntrica, b) la convicción de que tal modernidad tiene su núcleo constitutivo en la colonialidad (sin la cual el proyecto moderno no hubiera sido posible) y c) la creencia en que la colonialidad del ser, del saber y del poder son partes de un proyecto de dominación-opresión global que es necesario desentrañar y combatir. Esta razón universalizada es, sin embargo, una razón local (europea), que al vincularse con formas de pensamiento no europeas que no comprende ni intenta comprender habrá de considerarlas como objetos y no como elementos elaborados por otros sujetos pensantes; tal es el fundamento de la actitud de dominio no solamente hacia la naturaleza sino también hacia los seres humanos no europeos, como señala Dussel (1). En el presente texto se analizan y se ponen en discusión -en el marco de la investigación arriba referida- algunos aportes teóricos de producción reciente en torno a los vínculos entre el pensamiento decolonial y la Salud Mental y las Psicologías.

OBJETIVO

Indagar acerca de los nuevos desarrollos del denominado ‘pensamiento decolonial’, especialmente en lo que se refiere a sus vínculos con el campo de la Salud Mental y con las Psicologías.

METODOLOGÍA

La investigación, de carácter cualitativo, se lleva a cabo de acuerdo a los lineamientos de una revisión bibliográfica sistemática que incluye: a) búsqueda y selección de fuentes, incluyendo los

1 Universidad Nacional de Rosario. E-mail: andrescappelletti1@gmail.com

procedimientos en base a los cuales se realizará esa localización, identificación y admisión de estudios para su aceptación en la muestra. b) Criterios de inclusión y de exclusión. c) Esquemas para el análisis crítico de la información obtenida. d) Procedimientos relacionados con la síntesis y la presentación de los resultados.

La búsqueda de la información pertinente se realiza con los siguientes términos- expresiones: ‘epistemología decolonial’, ‘psicología decolonial’, ‘salud mental y decolonialidad’, y posibles otras combinaciones de las expresiones referidas.

Los portales de información académica en los que se realiza la búsqueda son: Dialnet, Latindex, Redalyc y SciELO y repositorios virtuales universitarios. El período seleccionado para la admisión de textos es el comprendido entre los años 2015 – 2024.

El proceso total de la presente revisión sistemática comprenderá las cuatro etapas siguientes (2): búsqueda, evaluación, análisis y síntesis.

RESULTADOS

Hay en los países latinoamericanos y en sus culturas locales una gran diversidad de concepciones acerca de la salud y de la enfermedad, y en este y en otros tópicos se ha incrementado desde hace tiempo el valor de las epistemologías no europeas, aceptando la idea de que la visión occidental del mundo no es la única y que todas se relacionan con las diferentes formas de sentir, de pensar y de percibir el mundo. Hay también una tendencia a creer que la diversidad de perspectivas puede ser capaz de enriquecer y complementar las falencias de otras concepciones y así constituir mejores alternativas para el diálogo epistemológico y ontológico manteniendo las propias concepciones (3).

Las diversas formas de ver el mundo constituyen el resultado de siglos de vivencias y de adaptación de los grupos sociales al ambiente y forman la historia singular de cada pueblo; esta historia no puede soslayarse en cuanto a la Salud Mental y a su atención en cada comunidad. Las epistemologías decoloniales constituyen un elemento importante en este sentido, puesto que impulsan la revalorización de los saberes locales y de las experiencias que han sido ocultadas durante siglos, para evitar la hegemonía de las visiones eurocéntricas propias de la modernidad/colonialidad (4). Hay también una marcada violencia epistémica del capitalismo y del neoliberalismo, que conlleva una pérdida de los conocimientos de los pueblos originarios (5). Al mismo tiempo, la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis europeo y norteamericano han conseguido instituirse, no sin las resistencias señaladas, como las únicas concepciones válidas en el campo de la Salud Mental, basadas en la idea de la existencia de un pensamiento único y universal, lo cual resulta inadecuado para la atención de los pueblos originarios.

CONSIDERACIONES

Es necesario el reconocimiento de la colonialidad y de la presencia hegemónica en los sistemas de atención en Salud Mental de las perspectivas eurocéntricas, coloniales, racistas y patriarcales, que

dominan la atención sanitaria en este ámbito. Asumir una perspectiva decolonial permitirá ubicarse de manera crítica frente a los saberes psicológicos y psiquiátricos dominantes, y continuar realizando un análisis epistémico que intente explicar la dinámica y los efectos que el saber eurocentrado ha tenido y tiene en la Psicología y la Psiquiatría y en su relación con otros saberes y prácticas en Salud Mental. Es indispensable la puesta en práctica de políticas y servicios, fundadas en la acción colectiva y en los vínculos con el territorio, que contribuyan a gestar otro modelo de atención para los pueblos no occidentales, y esto no puede hacerse sin un proceso de reparación material y simbólica de las heridas que la modernidad/ colonialidad infringe en nuestros pueblos originarios.

REFERENCIAS

- (1) Dussel E. "Europa, Modernidad, y Eurocentrismo". In: Lander, E. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
- (2) Grant, M. J. y Booth, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Information Libraries J. 2009;26(2):91-108.
- (3) Sousa Santos B. Introducción a las Epistemologías del Sur. Buenos Aires: CLACSO; 2018.
- (4) Rincón R. El asunto decolonial: problemas y debates. Rev Perspectivas. 2015.
- (5) Pavón Cuellar D. Hacia una descolonización de la Psicología latinoamericana: condición poscolonial, giro decolonial y lucha anticolonial. Brazilian Journal of Latin American Studies. 2019;20(39):95-127.

EQUIDADE RACIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: IMPACTOS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO NEGRA

Ludmilla Rodrigues Xavier¹
Ilzilé Ribeiro de Oliveira Macedo
Márcia Peixoto César

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O parecer CNE/CP nº 300/2017 [1], estabelece diretrizes para a formação em saúde ativa no enfrentamento das desigualdades. Os cursos da área da saúde passam a ser responsáveis por abordar as relações étnico-raciais em seus currículos, colaborando para a formação antirracista dos estudantes. Mesmo com mais de 20 anos da Lei 10.639/03 [2], que institui a obrigatoriedade da História e Cultura Africana e Afro-brasileira nos currículos, ainda há um distanciamento da academia com essa temática. Nascimento [3] afirma que em todos os níveis do ensino brasileiro o repertório das matérias ensinadas está pautado em ideologias Europeias e Estadunidenses. Rufino [4] argumenta que o ensino se cerca por um conjunto de regras incididas pelo colonialismo e racismo epistemológico, que influenciam a formação de políticas educacionais e legitimam saberes das classes dominantes, reforçando hierarquias e exclusões históricas. A falta de letramento racial dentro dos espaços de educação formal pode contribuir na formação de profissionais que não estão preparados para lidar com a diversidade presente nos usuários do SUS, uma vez que 60,9% destes usuários são pessoas negras [5]. Este estudo torna-se relevante por discutir a formação em saúde com foco na equidade, evidenciando como a falta de representatividade nos currículos impacta a atenção integral à saúde da população negra.

OBJETIVO

Identificar como tem sido o processo de formação no curso de Enfermagem para a equidade racial, redução das desigualdades étnico raciais e fortalecimento da atenção integral à população negra.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, para tal foram desenvolvidas as seguintes etapas: identificação do tema e da questão norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; extração dos dados dos estudos primários; avaliação dos estudos a serem incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Foram realizadas buscas nos anais da Mostra Científica Estudantil da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) e no Congresso Brasileiro de Enfermagem, desde o ano de 2009. A revisão será retomada a partir das bases LILACS, BDENF, MEDLINE, usando a combinação dos 1. Graduanda em Enfermagem e Obstetrícia pelo Centro Multidisciplinar UFRJ–Macaé. E-mail: ludmilardx@gmail.com. descritores “Etnicidade”, “Educação em Enfermagem”, “Saúde das Minorias Étnicas” “Estudantes de Enfermagem” e palavras

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: ludmilardx@gmail.com

chaves “Equidade racial”, “Relações Étnico-Raciais” utilizando os booleanos “and” e “or”. A busca será estruturada a partir do acrônimo PIO. A pergunta estabelecida deste estudo foi: Como tem sido no processo de formação do curso de Enfermagem a abordagem sobre equidade racial, relações étnico-raciais para redução das desigualdades e fortalecimento da atenção integral à população negra.

RESULTADOS

A partir do levantamento inicial, dentre os anais analisados, a temática de relações étnico-raciais, tanto no cuidado em saúde quanto na formação de enfermagem se mostram ainda incipientes. No Congresso Brasileiro de Enfermagem foram analisadas 11 edições e encontrados apenas 27 trabalhos relacionados à temática. Na Mostra Científica Estudantil, não foram encontrados nenhum trabalho sobre o tema dos resumos lidos em sua maioria abordam o cuidado em saúde da população preta enquanto a abordagem das Relações Étnico-Raciais no que diz respeito a Formação em Enfermagem, segue sendo um tema preterido, porém não efetivo. Espera-se que a partir das demais análises com este estudo, docentes, discentes sejam sensibilizados para a importância das relações étnico-raciais como estratégia essencial para construção de uma saúde comprometida com a equidade e a justiça social da população negra. Ainda pretende-se estimular e gerar discussões nas instituições de ensino superior no campo da saúde, para pensar de que forma a saúde da população negra pode e se insere dentro dos currículos de saúde, identificando lacunas, desafios e avanços, e quanto a reformulação dos currículos de saúde, garantindo uma formação anti-racista e alinhada às especificidades de saúde da população negra. Além disso, o estudo busca levantar evidências sobre como o processo formador tem atuado na temática do estudo, e poder verificar fragilidades e potencialidades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Mesmo com a legitimidade da importância dessa temática na formação superior em saúde, os estudos sobre as relações étnico-raciais ainda se constituem como desafio na formação em saúde. Isso indica a necessidade de investir em pesquisas que possam discutir tal relação, entendendo a saúde como área indispensável para a luta antirracista e para garantia dos direitos da população negra.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova Parecer Técnico nº 300/2017. Princípios gerais
- (2) Brasil. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional para estabelecer a obrigatoriedade do ensino sobre história e cultura afro-brasileira e africana nas escolas de ensino fundamental e médio. Diário Oficial da União. 2003 jan 9.
- (3) Nascimento A. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
- (4) Rufino L. Pedagogia das encruzilhadas: Exu como educação. Exitus. 2019: 262-89.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde reforça cuidados com a saúde da população negra [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 out 27.

ESQUISTOSSOMOSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS: UMA ANÁLISE SOBRE OS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Thainá Aparecida Pereira Moura Cerqueira¹

Giovana Côrtes Amorim

Maria Angélica da Silva Ferreira Ana Beatriz Cotta Coelho

Thiago Loures

Marilon Rodrigues Sá

Alex Canto

Cheryl Gouveia

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As desigualdades socioeconômicas, associadas ao baixo nível educacional e às condições de vida precárias, figuram entre os principais fatores que influenciam no processo saúde-doença, aumentando a vulnerabilidade das populações a doenças como a esquistossomose [1]. Essa enfermidade, também conhecida como barriga d'água ou doença do caramujo, é uma parasitose intestinal causada pelo trematódeo *Schistosoma mansoni* e é considerada como uma doença tropical negligenciada pela Organização Mundial da Saúde [2]. Sua transmissão está diretamente relacionada à deficiência nas medidas de saneamento básico, principalmente na coleta e tratamento de esgoto, o que resulta no despejo de material fecal contaminado em corpos d'água [3]. Nesse sentido, em regiões periféricas e rurais, as condições precárias de saneamento e a falta de acesso a serviços de saúde adequados podem contribuir para a ocorrência da doença [4].

OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi analisar as notificações de esquistossomose no estado do Rio de Janeiro nos últimos 20 anos, com ênfase na distribuição territorial dos casos e na sua relação com o acesso à rede de coleta de esgoto e com a variável escolaridade, a fim de compreender o comportamento da doença sob a perspectiva desses determinantes sociais da saúde e contribuir para o fortalecimento de estratégias de vigilância em saúde.

METODOLOGIA

O trabalho foi conduzido com abordagem descritiva e retrospectiva, utilizando dados sobre o acesso à rede de esgotamento sanitário nos domicílios do estado do Rio de Janeiro, obtidos no Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e notificações de esquistossomose

1 Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: cerqueirathaina23@gmail.com

registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer CEP nº 7.253.698).

RESULTADOS

Durante o período analisado, foram notificados 1613 casos da doença no estado, sendo que três municípios do interior do Rio de Janeiro se destacaram com as maiores incidências acumuladas: Porciúncula, com 47,7 casos/1.000 habitantes; Sumidouro, com 27,5; e Duas Barras, com 26,7. Segundo o censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [5], apenas 24,82% da população de Sumidouro possui acesso à rede geral de esgoto, em contraste com 74% em Porciúncula e 35,43% em Duas Barras. Já o uso de fossas sépticas não ligadas à rede é mais elevado em Sumidouro (26,65%), enquanto Porciúncula e Duas Barras registram 5,59% e 7,65%, respectivamente. No caso das fossas rudimentares ou buracos, Duas Barras apresenta o maior percentual, com 10,38%, frente a 3,45% em Porciúncula e Sumidouro. Esses dados evidenciam desigualdades significativas na infraestrutura de saneamento básico, que podem estar diretamente relacionadas à transmissão da doença [4]. Quanto à escolaridade, foi observada maior prevalência de notificação entre indivíduos com menos anos de estudo nas cidades de maior incidência da doença, uma vez que 22,2% dos casos em Porciúncula, 28,4% em Sumidouro e 36,7% em Duas Barras tinham concluído apenas o ensino fundamental II. É importante notar que em Sumidouro, 47,2% dos casos notificados tinham completado apenas o ensino fundamental I. Além disso, vale ressaltar que, considerando apenas as fichas de notificação nas quais este dado foi preenchido (46,1%), em todo o estado a prevalência da esquistossomose em indivíduos com até o ensino fundamental completo no período de análise foi de 69,6%. Essa prevalência da doença entre indivíduos com menor escolaridade pode representar um fator reforçador da vulnerabilidade das populações mais acometidas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ainda que seja desafiador, compreender as desigualdades sociais presentes no estado do Rio de Janeiro é fundamental para o entendimento do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de políticas públicas factíveis e eficazes, voltadas à redução da ocorrência da doença e à melhoria das condições de vida de populações vulnerabilizadas. Nesse cenário, estratégias que integrem investimentos em saneamento básico, que ampliem o acesso à educação formal e aos serviços de saúde, e que desenvolvam ações de educação popular em saúde mostram-se essenciais para o enfrentamento das condições estruturais que favorecem a persistência da doença, especialmente nas áreas de maior incidência de casos no estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

1. Augusto M, Moreira C, Benatti L. Análise da esquistossomose no Sudeste (2013-2023). *Rev Ibero-Americana Humanidades, Ciências Educ.* 2025 Mar 19;11(3):1173–87.
2. World Health Organization. Neglected Tropical Diseases progress dashboard 2011–2020. Disponível em: <https://www.who.int/neglected-tropical-diseases-progress-dashboard-2011-2020>. Acesso em: 21 mar. 2025.
3. Prata A. Esquistossomose Mansonii. *In*: Veronesi R, Veronesi FR, editores. *Tratado de Infectologia*. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2007. p. 2015-38.
4. Arouca MC, Cardoso SC, Celia J. Estimativa dos bairros deficitários em saneamento básico na região metropolitana do Rio de Janeiro em 2020. *Rev Tamoios*. 2024 Jul 22;20(2):146–68.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=33>. Acesso em: 21 mar. 2025

ESTADIAMENTO, ATRASO TERAPÊUTICO E ABORDAGEM INICIAL NO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: ANÁLISE DE REGISTROS HOSPITALARES (2010-2020)

Rafael Barbosa Mokdeci Surerus¹

Graziela Freitas Sclarick

Maximiliano Ribeiro Guerra

Maria Teresa Bustamante-Teixeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, com elevada carga de morbimortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (1). Embora seja uma doença prevenível por meio da vacinação contra o HPV e do rastreamento citopatológico, observa-se declínio na cobertura populacional e falhas na organização da linha de cuidado (1,2). Como consequência, metade das mulheres ainda é diagnosticada com doença em estágios avançados (III–IV), o que impacta negativamente nos desfechos clínicos e na sobrevida (3). Adicionalmente, cerca de 60% das pacientes iniciam o tratamento oncológico após 60 dias do diagnóstico, contrariando a Lei nº 12.732/2012, que determina esse prazo como limite legal (4). A baixa proporção de cirurgias como abordagem inicial também reflete barreiras de acesso (3). Tais indicadores revelam profundas desigualdades regionais e sociais que comprometem a efetividade das ações de controle do CCU no país (1,3).

OBJETIVO

Estimar a prevalência de estadiamento avançado, atraso terapêutico (>60 dias) e não realização de cirurgia inicial em mulheres com câncer do colo do útero no Brasil, com base nos dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) referentes ao período de 2010 a 2020.

METODOLOGIA

Estudo transversal com dados de 56.217 casos de câncer do colo do útero diagnosticados entre 2010 e 2020 em mulheres com ≥ 18 anos. As informações foram obtidas no sistema IntegradorRHC (INCA) e, para o estado de São Paulo, na base da Fundação Oncocentro (FOSP). Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e regionais. Os desfechos avaliados foram: estadiamento avançado (III–IV), início do tratamento após 60 dias e ausência de cirurgia como tratamento inicial. Utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta para estimar razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). O estudo respeitou normas éticas e utilizou dados públicos secundários, sem identificação nominal.

RESULTADOS

A prevalência de estadiamento avançado foi de 52,4% (3). O tempo mediano entre diagnóstico e início do tratamento foi de 65 dias, com 57% das pacientes ultrapassando o limite legal de 60 dias (4). Apenas 28% das mulheres realizaram cirurgia como primeira abordagem terapêutica. As maiores prevalências de estadiamento avançado, atraso terapêutico e não realização de cirurgia foram observadas entre mulheres pretas e pardas, com baixa escolaridade e residentes nas regiões Norte e Nordeste. Essas populações apresentaram maior vulnerabilidade frente aos desfechos avaliados, mesmo após ajuste para variáveis clínicas e regionais. A análise reforça o impacto das desigualdades estruturais no acesso ao cuidado oncológico (1,3,). A ausência de cirurgia como tratamento inicial pode estar associada à maior proporção de casos localmente avançados e à indisponibilidade de serviços especializados. Os achados reiteram a necessidade de políticas públicas mais efetivas na garantia do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, com redução das iniquidades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo evidenciou desigualdades regionais e sociais no diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero no Brasil, com impacto direto sobre os desfechos clínicos. A elevada proporção de casos avançados, o atraso no início do tratamento e a baixa frequência de cirurgia inicial refletem falhas na rede de atenção oncológica e no cumprimento das diretrizes legais. O Brasil ainda está distante das metas globais para eliminação do CCU como problema de saúde pública. Urge fortalecer o rastreamento organizado, assegurar início oportuno do tratamento e expandir a capacidade instalada nas regiões mais vulneráveis (1-4).

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
- (2) Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, *et al.* Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):e191- e203.
- (3) Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC. Cervical cancer in Brazil: An analysis of 10 years of hospital-based cancer registry data. *Cancer Epidemiol*. 2020;65:101661. 4. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. *Diário Oficial da União*. 23 nov. 2012.

ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Raquel Nogueira Salviano¹

Fábio Ferreira Amorim

Ricardo Lira de Rezende Neves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são prioridades globais, em razão de seu impacto na qualidade de vida e na longevidade¹. O estilo de vida — entendido como o conjunto de hábitos cotidianos — é um determinante da saúde, sendo influenciado por fatores individuais e contextuais^{2,3}.

Essas práticas são especialmente relevantes entre universitários, que enfrentam rotinas exaustivas e estão expostos a riscos como o sedentarismo, a alimentação inadequada, o uso de álcool e tabaco, além da negligência com a saúde mental⁴. A qualidade de vida, conceito multifacetado, abrange dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, refletindo desigualdades estruturais e o acesso a direitos básicos^{5,6,7}.

Compreender o estilo de vida e a qualidade de vida dos estudantes, portanto, é fundamental para subsidiar ações institucionais e políticas públicas que promovam ambientes universitários mais saudáveis e equitativos⁸.

OBJETIVO

Analisar o estilo de vida quanto à promoção da saúde e à qualidade de vida de estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia em uma IES em Goiás, Brasil.

Comparar estilo de vida, qualidade de vida e distúrbios do sono; avaliar a prevalência de distúrbios do sono; identificar fatores associados a estilo de vida não saudável, pior qualidade de vida e distúrbios do sono; e investigar a percepção dos estudantes sobre saúde e qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado em abril de 2024, com 1.321 estudantes de Enfermagem (194), Medicina (719) e Odontologia (408) de uma instituição de ensino superior em Goiás, Brasil. A amostragem foi calculada com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Foram incluídos todos os estudantes matriculados nesses cursos, excluindo-se aqueles afastados no momento da pesquisa, como trancamento de matrícula ou licença médica. A coleta ocorreu nas salas de aula, com aplicação de quatro questionários autoaplicáveis: (1) questionário sociodemográfico

1 Escola Superior de Ciências da Saúde. E-mail: nsraquel@gmail.com

e acadêmico; (2) Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) para avaliar estilo de vida; (3) WHOQoL-Bref para qualidade de vida; e (4) Escala de Sono de Jenkins.

Os dados foram analisados usando o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, testes t de Student, Wilcoxon-Mann-Whitney, qui-quadrado de Pearson (χ^2), Fisher e regressão logística binária pelo método Enter. Foram considerados significativos valores de $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas nos softwares SPSS 20.0 (Mac) e Jamovi 2.3.24. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 74549123.6.0000.5553/Parecer nº 6.654.376).

RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi $22,4 \pm 4,8$ anos. A maioria era branca, católica e morava a 3 km da universidade. Apenas 5,6% tinham filhos, 25,6% trabalhavam e 29,8% tinham renda familiar de até quatro salários mínimos. Mais da metade (52,9%) mudou de cidade para estudar, 20% ingressaram por cotas e 54,3% cursaram o ensino médio em escolas públicas.

A principal comorbidade foi transtorno psiquiátrico, e 88,3% apresentaram distúrbios do sono. O HPLP-II médio foi 2,5, indicando estilo de vida ligeiramente favorável, com maiores déficits em “Manejo do Estresse”, “Atividade Física”, “Nutrição” e “Responsabilidade com a Saúde”. O WHOQoL-Bref médio foi 65,4, classificando a qualidade de vida como desfavorável, sendo os domínios mais afetados “Psicológico”, “Físico”, “Meio Ambiente” e “Relações Sociais”.

Estudantes de Medicina apresentaram melhores escores de estilo e qualidade de vida que os de Odontologia e, principalmente, Enfermagem. Morar sozinho e estar nos períodos intermediários do curso foram associados a estilos de vida mais saudáveis, enquanto baixa renda esteve relacionada a piores condições. Ausência de filiação religiosa, transtornos psiquiátricos e maior distância até a universidade foram ligados a pior qualidade de vida. Obesidade foi o principal fator associado a distúrbios do sono.

Na análise qualitativa, os estudantes associaram estilo de vida saudável a “Atividade Física”, “Alimentação Saudável”, “Sono Adequado”, “Bem-Estar Financeiro e Social” e “Equilíbrio Emocional e Mental”. Quanto à qualidade de vida, os principais componentes mencionados foram “Saúde Física”, “Equilíbrio e Bem-Estar Emocional”, “Alimentação e Hábitos Saudáveis”, “Liberdade e Lazer” e “Segurança e Estabilidade”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estilo e a qualidade de vida dos estudantes da área da saúde são impactados por fatores acadêmicos e socioeconômicos. A baixa qualidade de vida, associada à alta prevalência de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono, reforça a necessidade de intervenções para promoção da saúde e suporte emocional. Políticas institucionais são essenciais para incentivar hábitos saudáveis, melhorar a saúde geral e prevenir doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

- (1) Rivas-Espinosa G, Feliciano-León A, Verde-Flota E, Aguilera-Rivera M, Cruz-Rojas L, Correa-Argueta E, et al. Self-perception on self-care capacity in preventing noncommunicable chronic diseases among university students. *Enferm Univ*. 2019;16(1):4-14. doi: 10.22201/eneo.23958421e.2019.1.575.
- (2) Nahas MV, Barros MVG, Francalacci V. O pentágulo do bem-estar–base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012;5(2):48-59. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1002>.
- (3) Bourdieu P. Gostos de classe e estilos de vida. In: Bourdieu P. *Sociologia*. São Paulo: Ática; 1983.
- (4) Castro AF, Mello HS, Silva BFP, Bayer VML, Almeida LC, Lobato MAO, et al. Qualidade de vida de estudantes de Medicina é baixa e associada a diferentes fatores. *Cad Saude Colet*. 2024;32(2). Doi: 10.1590/1414-462X202432020040.
- (6) Minayo MCS. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(7):1868. doi: 10.1590/S1413-81232013000700001.
- (7) Nahas MV. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 7. ed. Londrina: Midiograf; 2017.
- (8) Castiel LD. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 1996;3(2):237-64. doi: 10.1590/S0104-59701996000200003.
- (8) Neres D, Moreira HSB, Soares CLR, Garcia SD, Costa CRLM. Estilo de vida dos acadêmicos dos cursos da área da saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. *Res Soc Dev*. 2024;13(6):e11613646169. doi: 10.33448/rsd-v13i6.46169.

“EU E VOCÊ SOMOS NÓS”: CUIDADO INTEGRAL E RESGATE DO PROTAGONISMO DE MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Luiza de Assis Carvalho Araújo¹

Hanna Karen Bastos dos Santos

Antônio Lucas Cavalcante da Fonseca

Carolina Hanae Yoshimoto

Matheus Trezza da Silva Clavery Pacheco

Ricardo Costa Oliveira Rodriguez Y Rodriguez

Helvo Slomp Junior

Cinara Costa de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma alternativa de cuidado que apresenta como base o contexto singular de vida de determinada pessoa, cujo foco não é apenas o tratamento de sintomas, mas uma abordagem psíquica integrada com o contexto biológico. O trabalho se fundamenta na vida de Dona Valentina (nome fictício), uma mulher de 67 anos, aposentada, natural do interior da Bahia, vítima de violência doméstica. Documenta o acompanhamento e o cuidado integral da paciente pela Estratégia Saúde da Família (ESF) Campo do Oeste em Macaé- RJ, após mudança para a cidade em busca de refúgio e superação, de modo a romper lacunas criadas pelos desafios na garantia de suporte legislativo às vítimas de violência doméstica. O PTS leva em consideração as múltiplas dimensões da experiência da paciente, proporcionando um suporte necessário para ela superar a violência e começar uma nova fase de sua vida com dignidade e segurança.

OBJETIVO

Elaborar um plano de cuidado individual para Dona Valentina que abranja aspectos clínicos, psicológicos, familiares e sociais para promoção da autonomia da paciente. Além disso, tem como objetivo específico debater a respeito do empoderamento feminino e da superação em casos de violência doméstica.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado no âmbito da pesquisa “Formando médicos/as pesquisadores/as: estudo de caso de experiências no ensino da saúde no ensino da saúde coletiva na graduação médica da UFRJ/ Macaé”, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé sob o nº CAAE: 53249921.9.0000.5699, parecer nº 5.527.563. A elaboração do trabalho iniciou-se após Dona Valentina assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O PTS foi

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: luizaassiscarvalho@gmail.com

desenvolvido em dois meses, os quais englobaram um encontro com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da ESF Campo do Oeste, um encontro com o médico da Unidade de Saúde, um encontro com a psicóloga da paciente e dois encontros com Dona Valentina. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases de dados PubMed e Scielo e quatro tutorias com os docentes, monitores da disciplina e discentes.

RESULTADOS

Os relatos presentes no artigo são de uma mulher, idosa, vítima de violência doméstica, que apresenta histórico familiar de doenças mentais, como ansiedade, depressão e síndrome do pânico, e de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), enfermidades possivelmente agravadas pela violência que vivenciou [1]. As informações coletadas dos relatos possibilitaram a construção de um genograma e um ecomapa. Em busca de segurança, Dona Valentina mudou-se para Macaé (RJ), onde continuou o tratamento dessas doenças, iniciado em Salvador-BA, e um novo plano de cuidado foi elaborado, incluindo atividades físicas e coletivas na ESF Campo do Oeste. O apoio social é essencial para seu bem-estar emocional [2], sendo o vínculo com filho e amigas um fator determinante para sua recuperação. O medo de perder os filhos muitas vezes impede o rompimento do ciclo da violência [3]; no entanto, como eles já são independentes, esse vínculo materno foi, para ela, um suporte para essa decisão. Inserida em práticas integrativas de saúde, alimentação saudável, terapia e atividades físicas, Dona Valentina já percebe melhora significativa. Relata que recuperou a autoestima e vem adotando mudanças no estilo de vida. Unidades de saúde que oferecem prevenção quaternária e atendimento humanizado são essenciais para auxiliar vítimas de violência [4], beneficiando sua recuperação. Além disso, a prática de atividades físicas pode contribuir para a prevenção e tratamento de comorbidades e transtornos mentais, aspectos fundamentais no plano terapêutico desenvolvido. Sair do ciclo de violência é difícil, mas após dois meses de acompanhamento pelo PTS ela relatou sentir-se mais feliz, disposta e reencontrando-se após 40 anos de opressão.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ouvir a história de uma paciente do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo seu adoecimento, resistência e cuidado, é essencial para um olhar médico humanizado e alinhado à saúde integral. A escuta acolhedora se mostra uma ferramenta poderosa no tratamento de agravos decorrentes da violência, promovendo alívio emocional e fortalecimento subjetivo. Destaca-se o papel dos espaços de apoio e dos profissionais de saúde na promoção da autonomia e reconstrução da identidade dessas mulheres. A escuta ativa e a valorização das vivências estimulam a adesão ao tratamento físico, psicológico e social, permitindo que retomem o protagonismo em uma sociedade desigual e opressora. Atividades físicas e atividades ofertadas pela Unidade de Saúde, como as realizadas por Dona Valentina, fortalecem o pertencimento e a autoestima. Dona Valentina é exemplo de coragem e mostra como a humanização do sistema de saúde tem reconstruído vidas diariamente.

REFERÊNCIAS

- (1) Brito JCS, Eulálio MC, Silva Júnior EG. A presença de transtorno mental comum em mulheres em situação de violência doméstica. *Contextos Clínicos*. 2020;13(1): 199-220.
- (2) Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas. 3rd ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
- (3) Baragatti DY, Rolim ACA, Castro CP, Melo MC, Silva EM. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e34. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50552>
- (4) Zuchi CZ, Silva EB, Costa MC, Arboit J, Fontana DGR, Honnef F, Heisler ED. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. *Reme rev min enferm*. 2018; 22. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622018000100213&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180015>

EU VEJO CUIDADO NOS SEUS OLHOS: UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ATRAVÉS DOS OLHARES DE DONA MINNA

Raisa Soares Estevão da Graça¹

Alano do Carmo Macêdo

Ana Carolina Giordani Duarte

Julianna Ramos dos Reis Tavares Freire

Ana Karen Sudério Campos da Silva

Antônio Thurler Marotti Fernandes

Helvo Slomp Júnior

Maísa Melara

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta que, mediante toda a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), prioriza tecnologias leves e a utilização de ferramentas para conectar redes de existências e desenvolver um plano de cuidado em constante evolução. [1]

Nesse sentido, este relato aborda a construção de um PTS para Dona Minna, mulher preta, idosa, nordestina e residente em área periférica do município de Macaé, no interior do estado do Rio de Janeiro, cujas condições de saúde são atravessadas por múltiplas vulnerabilidades. A iniciativa foi desenvolvida por estudantes do curso de Medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A partir de profundos encontros com a paciente, profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e análise de documental, foram identificados diversos atravessamentos biopsicossociais de Dona Minna, os quais foram analisados conforme os delineamentos propostos pelos professores de Saúde Coletiva Helvo Slomp Junior, Túlio Franco e Emerson Merhy, em 2022. [1]

OBJETIVO

O intuito deste trabalho é analisar a determinação social do processo saúde-doença-cuidado de uma mulher negra, idosa e periférica do interior do estado do Rio de Janeiro, utilizando o Projeto Terapêutico Singular como ferramenta essencial no planejamento, implementação e avaliação das ações em saúde na Atenção Primária. Busca-se contribuir com uma terapêutica singular e integral, que respeite as complexidades sociais, afetivas e subjetivas que atravessam sua trajetória de vida.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada ao longo do primeiro semestre de 2024, na disciplina de Saúde da Comunidade III, orientada por dois docentes e desenvolvida por seis estudantes de Medicina do

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: raisasegraca@gmail.com

terceiro período. O caso foi proposto pela médica de ESF na periferia do município de Macaé por sua complexidade clínica e social.

A primeira etapa da investigação envolveu preparação teórica e tutorias. A segunda etapa contou com levantamento bibliográfico, análise de prontuários, realização de entrevista aprofundada com a usuária, tentativa de visita domiciliar acompanhada por Agente Comunitária de Saúde não concretizada e entrevista complementar com a paciente. Na terceira etapa, os dados coletados foram analisados à luz dos referenciais teórico-empíricos.

Para preservar seu anonimato e simbolizar o vínculo estabelecido, escolheu-se o nome fictício “Minna”, que significa amor e cuidado, após a paciente afirmar que “viu cuidado” nos olhos de um dos estudantes, expressão que também inspirou o título do PTS. A pesquisa seguiu princípios das Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016 e foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFRJ (parecer nº 5.527.563).

RESULTADOS

Dona Minna é uma mulher preta, baiana de 64 anos de idade. Desde a infância, viveu abandono materno, violência doméstica e trabalho análogo à escravidão. Nunca teve acesso à educação formal e tentou suicídio ainda na infância. Passou por episódios abuso sexual, internação manicomial e abandono conjugal.

Mudou-se para o Sudeste, criando seus filhos e netos em meio a empregos informais e dificuldades financeiras. Sofreu com o encarceramento do filho, a morte de uma das irmãs mais novas e, posteriormente, da filha, ambas por câncer de mama. Assumiu o cuidado dos netos e bisnetos, enfrentando solidão, dor física e emocional. Em 2020, foi diagnosticada com câncer de mama, vivenciando novo abandono por parte das netas. Enfrenta atualmente uma dor crônica incapacitante, vive com auxílio da igreja e divide moradia com a ex-nora e uma neta adolescente.

Listando seus problemas de saúde, ordenados com base no impacto em sua vida, tem-se: cervicalgia crônica (M54.2); transtorno depressivo recorrente (F33); ansiedade generalizada (F41.1); distúrbios do início e da manutenção do sono (G47.0); neoplasia maligna da mama (C50); hipertensão arterial sistêmica (I10); e obesidade (E66). [2]

Foram utilizadas duas ferramentas de abordagem familiar e domiciliar. Na construção do genograma, evidenciou-se o interrompimento de sua relação com ex-cônjuge e com sua outra irmã mais nova; relação distante com filho, conflituosa com sua ex-exposa e harmônica com a filha dele; e relação harmônica e outra distante com as duas netas mais velhas, nascidas de sua falecida filha. Já o ecomapa destacou sua relação forte com a ESF; estreita com sua religiosidade; razoável com a vizinhança; e quase inexistente com outros familiares além das netas citadas acima e a ex-esposa de seu filho.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A trajetória de Dona Minna evidencia um processo de adoecimento atravessado por desigualdades sociais, racismo, misoginia e vínculos afetivos fragilizados, sendo sua saúde comprometida por luto, precariedade socioeconômica e pela solidão da mulher negra [3]. As Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Idosa e da População Negra destacam a importância de um cuidado equitativo e integral, ainda distante da sua realidade, e suas interseccionalidades revelam fatores determinantes de seus adoecimentos. [4, 5, 6]

Apesar do sofrimento, Minna preserva pulsões de vida em sua religiosidade e memórias de autonomia. Portanto, este PTS propõe um plano de cuidados que as valorize, bem como a escuta ativa, o tratamento de suas fragilidades emocionais, uma rede de apoio e uma equipe multiprofissional. [7, 8] Por fim, para os discentes-pesquisadores, este trabalho foi mais que a escolha de uma técnica, mas representou uma adoção de uma filosofia de cuidado dinâmica, transversalizada e coletiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Slomp Júnior J, Franco TB, Merhy EE. Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado. [S. L.]: Editora Rede Unida; 2022.
- [2] CID 10–Doenças CID-10. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>. Acesso em: 01 jun. 2024.
- [3] Ribeiro D. Quem tem medo do feminismo negro? São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 22 ed Brasília: Ministério da Saúde; 2013
- [6] Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology. 2a ed. Geneva: World Health Organization; 2010.
- [7] Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. Rev Bras Educ Med. 2010;34(1):143-151.
- [8] Ellwardt L, van Tilburg TG, Aartsen MJ. The mix matters: Complex personal networks relate to higher cognitive functioning in old age. So sdi Med. 2015; 125:107-115.

EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN CICOP. CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO EN SERVICIOS DE SALUD DE EFECTORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Julietta De Brito¹
Agustina Santoni
María Laura Caruso
Maria Mercedes Caprino
Eulogia Bania Quispe
Mariana Muele Soler
Ana Laura Cassinotti
Lucas Pisani
Paula Gómez
Pablo Ferrer

INTRODUCCIÓN

Somos trabajadores/as de un Centro de Salud del Primer Nivel de Atención dentro del Barrio Mugica, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se trata de un barrio de condiciones socioeconómicas de extrema vulnerabilidad.

En 2019 iniciamos un proyecto comunitario de actividad física al que llamamos “Caminatas Saludables”.

“Ser activo y menos sedentario ha demostrado tener un alto impacto en el estado de salud y calidad de vida de todas las personas” (1,2). Los fundamentos para el diseño de la actividad surgen de lo que observamos a diario: existe una alta prevalencia de sedentarismo en la población con la que trabajamos. Esto coincide con los datos que brinda la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: en Argentina el 44,2% de la población adulta y el 83,5% de los/las adolescentes no alcanzan el grado de actividad física recomendada (3).

Una gran proporción de las personas que concurren al centro de salud presentan insuficiente carga de actividad física y dificultad para sostenerla en su vida cotidiana. Se evidencia falta de acceso a la Educación Física dentro de sus trayectorias vitales y escolares. El contexto de sobrecarga e informalidad laboral, de tareas de cuidado y las características del barrio (alta densidad, peligrosidad, falta de espacios al aire libre) obstaculizan la práctica de actividad física.

1 Centro de Salud y Acción Comunitaria. E-mail: julietdebrito@gmail.com

OBJETIVO

Desarrollar una intervención para el abordaje del sedentarismo en el territorio. Generar un espacio para la recreación. Fortalecer el vínculo entre el centro de salud y la población. Fomentar la experiencia motriz en la población adulta. Brindar herramientas para la prevención de caídas en adultos mayores. Promover prácticas de autocuidado. Incentivar el intercambio social y cultural entre las diferentes comunidades que habitan el barrio.

METODOLOGÍA

“Caminatas saludables” es un dispositivo que creamos para la realización sistemática de actividad física recreativa dirigido a población adulta, que se fue constituyendo y conociendo con el tiempo en el barrio y adquiriendo identidad. Es una actividad que realizamos de forma interdisciplinaria, articulando entre distintos equipos de salud del barrio. En la planificación llevamos adelante una revisión de los recursos teóricos que brinda el Ministerio de Salud y Sociedades Científicas para el desarrollo de intervenciones en actividad física y deporte en la población general.

Actualmente se realiza tres veces por semana en diferentes sectores del territorio. Contamos con materiales deportivos provistos por el Programa de Salud Comunitaria.

Al finalizar la actividad física incorporamos talleres breves de temática relacionada a la alimentación saludable ya que parte del equipo está formado por nutricionistas.

Se difunde a través del “boca en boca”, folletería y carteles en los distintos espacios de los Centros de Salud y a través de redes sociales. Se cuenta con un grupo de WhatsApp en el cual se comparte información sobre horarios, puntos de encuentro, suspensión en caso de eventualidades y se comunican eventos especiales que se realizan esporádicamente.

Destacamos el buen recibimiento que tuvo el proyecto en el barrio. Actualmente se trata de una actividad instalada y que la población demanda.

El impacto que ha generado lo evidenciamos a diario; la biomecánica y la tolerancia a los ejercicios ha mejorado. La satisfacción y bienestar general referido resultan positivos. El nivel de asistencia aumenta con el transcurrir de los encuentros, sumado a la constancia. Observamos un grupo estable de alrededor de 20 participantes, que se vinculan entre sí de manera asidua, constituyendo un grupo de pertenencia.

Nos propusimos determinar el impacto de la intervención. Para ello, decidimos implementar evaluaciones periódicas de acondicionamiento físico utilizando las siguientes herramientas: “Prueba de la Marcha de los 6 minutos” (4), “Prueba de Salto Horizontal” y “Prueba de flexión de tronco al frente modificado” (5). Se trata de pruebas simples, reproducibles y de bajo costo, utilizadas para evaluar la capacidad funcional del paciente. Las realizamos en agosto y diciembre de 2024 con la intención de repetirla periódicamente para comparar la condición física de las/os usuarias/os del dispositivo pre y postintervención, así como también para entrenar al equipo en la implementación de pruebas de evaluación.

CONSIDERACIONES

La actividad se ha constituido como un espacio dinámico, que se construye a partir de la retroalimentación de los actores intervinientes. Consideramos que nos acercamos a las metas que nos propusimos, aumentando la oferta de actividad física en el barrio. Entendemos al sedentarismo como una problemática compleja, vinculada a las condiciones de vida, inmersa en la dialéctica entre las dimensiones individuales y generales de los determinantes sociales de la salud (6,7).

A partir de la promoción de Actividad Física en el barrio, nos proponemos la mejora de parámetros funcionales, de autonomía y bienestar, desde una perspectiva de desmedicalización y garantía del ejercicio del Derecho a la Salud.

REFERENCIAS

1. Matsudo S, Matsudo V. Câncer e exercício. Rev Bras Ciênciae Movimento 1992; 6(2):41-46
2. Uruguay. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Manual para prescripción de actividad física. 2022.
3. Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. 2019.
4. Colombia. Ministerio de Salud. Manual de medición de la caminata de seis minutos. 2016.
5. Farinola M *et al.* Propuesta de evaluación de la condición física para población general: Batería Dickens. Educación Física y Ciencia. 2020;22(1).
6. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31(supl 1): S13-S27.
7. Almeida-Filho N. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. Salud Colectiva. 2020;16:e2751.

EXPERIMENTAÇÃO DE ANOREXÍGENOS ENTRE ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE BASE ESCOLAR NA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA

Aline Dona Martins¹

Franciéle Marabotti Costa Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A automedicação entre adolescentes é um fenômeno crescente e preocupante, uma vez que essa prática tem sido observada em mais da metade dos jovens brasileiros^{1, 2}. Diversos fatores contribuem para esse comportamento, como o fácil acesso a medicamentos, a busca por soluções rápidas para questões estéticas ou de desempenho e a falta de informação adequada sobre os riscos associados ao uso indiscriminado de substâncias farmacológicas. Entre os medicamentos mais frequentemente utilizados de forma autônoma estão os anorexígenos, fármacos que reduzem a gordura corporal ao inibir o apetite³, e os psicoestimulantes, substâncias que promovem aumento do estado de alerta e do desempenho cognitivo⁴. Ambas as classes de medicamentos atuam diretamente no sistema nervoso central, podendo provocar efeitos adversos graves⁵, especialmente em adolescentes, cujo organismo ainda se encontra em processo de desenvolvimento físico, neurológico e emocional. Diante desse cenário, torna-se urgente compreender melhor os padrões de uso desses medicamentos entre os jovens e os fatores associados a essa prática.

OBJETIVO

Identificar a prevalência de uso de experimentação de anorexígenos sem receita por estudantes do ensino médio e sua associação com as características socioeconômicas.

METODOLOGIA

Este estudo transversal avaliou o uso de anorexígenos sem receita entre estudantes do ensino médio de escolas públicas e privadas da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu entre março e dezembro de 2023, na cidade de Vitória, Espírito Santo, sendo a amostra total de participantes. A variável desfecho analisada foi a experimentação de anorexígenos (sim ou não). As variáveis de exposição incluíram idade, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, estado civil, classificação socioeconômica, tipo de escola, e, situação de trabalho/emprego. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como os adolescentes o Termo de Assentimento. Os dados foram analisados por meio de frequência bruta, relativa e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%). As análises bivariadas foram realizadas através do teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com nível de significância de 5%. A associação entre as variáveis foi feita por meio da Regressão de Poisson com

1 Universidade Federal do Espírito. E-mail: Santoalinedonamartins@gmail.com

variância robusta. Foi considerado para entrar na análise ajustada valores de $p < 0,20$ e a permanência quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Cerca de 9,0% (IC95%: 8,5–10,2) dos adolescentes relataram já ter experimentado anorexígenos, evidenciando uma prática preocupante que merece atenção. Após ajustes, observou-se que a experimentação de anorexígenos foi 1,9 vezes maior (IC95%: 1,48–2,22) entre adolescentes do sexo feminino, indicando uma tendência significativa nesse grupo. Além disso, adolescentes não cisgêneros apresentaram uma experimentação 1,37 vezes maior (IC95%: 1,04–1,86), enquanto os declarados LGBTQIA+ tiveram uma prevalência 1,55 vezes maior (IC95%: 1,26–1,90), ressaltando a necessidade de atenção a essas populações. A classe B demonstrou uma experimentação 1,53 vezes maior (IC95%: 1,17–2,00) em comparação às classes C/D/E, sugerindo que fatores socioeconômicos influenciam esse comportamento. Adolescentes de escolas privadas apresentaram 29% mais uso (IC95%: 1,05–1,59), e aqueles que relataram ter emprego ou trabalho remunerado também mostraram maiores prevalências (RP: 1,33; IC95%: 1,09–1,63), indicando que o ambiente escolar e a inserção no mercado de trabalho podem estar associados ao aumento da experimentação dessas substâncias. Conclusão: Este estudo evidenciou alta prevalência de experimentação de anorexígenos e estimulantes entre estudantes do ensino médio. Os achados revelam a importância de regular a venda e prescrição desses medicamentos e de promover ações educativas para alertar sobre seus riscos é reforçada pelos achados. O envolvimento da família e da escola é essencial na prevenção, pois o acesso ocorre em grande parte no lar. Medidas integradas de educação, saúde e fiscalização podem atenuar o consumo inadequado entre os jovens.

REFERÊNCIAS

- (1) Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. Assoc Med Bras. 1988;69-75.
- (2) Pereira FSVT, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Self-medication in children and adolescents. Jornal de Pediatria. 2007 Oct 5;83(5):453–8.
- (3) Morgan HL, Petry AF, Licks PAK, Ballester AO, Teixeira KN, Dumith SC. Consumo de Estimulantes Cerebrais por Estudantes de Medicina de uma Universidade do Extremo Sul do Brasil: Prevalência, Motivação e Efeitos Percebidos. Revista Brasileira de Educação Médica. 2017 Jan;41(1):102–9.
- (4) Navarini MM, Kessler C, Deuschle N. Cross-sectional study of the dispensation of synthetic anorectic drugs in community pharmacies in the city of Cruz Alta–State of Rio Grande do Sul. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 2014 Dec 1;50(4):737–40.
- (5) Cordeiro N, Pinto RMC. Consumo de estimulantes cerebrais em acadêmicos da área da saúde na cidade de Ponta Grossa-PR. Visão Acadêmica. 2017 Jul 24;18(2).

EXTENSÃO SENTIPENSANTE: UM OLHAR DE UMA EXTENSIONISTA

Rafaella Folhadella Battaglia¹

Ricardo Bragança Pinheiro Tammela

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Essa narrativa ganha forma a partir dos pensamentos e sentimentos que emergem da minha experiência como extensionista do Projeto de Extensão Vale do Carangola, da UNIFASE, um Centro Universitário na cidade de Petrópolis. Antes de tudo, acho importante guiar a leitora pelo contexto desta narrativa. Uso a primeira pessoa, pois relato a minha perspectiva como mulher, extensionista, niteroiense e acadêmica de medicina em Petrópolis. Optei por tecer esse texto além do tom científico, deixando que letras de músicas, diálogos vividos, traduzam minha visão sobre o projeto extensionista. Dou vida a essa narrativa com os passos que dei pelas ruas, escolas, casas e servidões do Vale do Carangola, um bairro de classes populares que no eco do seu nome ainda guarda a essência do Sertão, como um dia já foi chamado. Caminhar pelo Vale do Carangola é abrir os olhos para uma realidade ignorada, onde a negligência e escassez deixam marcas. É enxergar o que os livros e noticiários não nos contam. É perceber os muros sendo erguidos para isolar toda uma comunidade, afastando olhares, silenciando vozes e encobrendo realidades que não querem que sejam vistas. Assim, me coloquei em estado de deriva, mas não estava perdida [1], pois segui o rumo determinado pelas histórias, pelos encontros, pelos sorrisos, pelos olhares e pelos diálogos que encontrei ao longo do meu percurso.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é refletir sobre a experiência extensionista vivida no Vale do Carangola, buscando compreender como ações comunitárias e o projeto de extensão podem contribuir para o fortalecimento da democracia e a promoção da saúde. A proposta é reconhecer e valorizar as histórias e os encontros, fazendo da democracia um processo de inclusão e reconhecimento, fortalecendo a importância da participação ativa na construção de um ambiente mais justo para todas e todos.

METODOLOGIA

*“Deixa que a dúvida venha a respeito da vida
Iluminado seja aquele que já sabe o que é
E eu já não sei quase nada sobre tudo de você
Melhor não saber nada, assim posso entender”*
— Gilsons, Índia

Ao iniciar minha caminhada no Vale, me permiti viver uma extensão universitária que ultrapassa as grades institucionais e se faz no encontro com a comunidade. Fui convidada a escrever meu diário de campo e, ao fazê-lo, os versos dessa canção ressoaram em minha mente, refletindo o que senti. Não era sobre ter todas as respostas, mas sobre deixar-me atravessar pelas histórias e desafios daquele lugar. Porque é na escuta, sem julgamentos e certezas prontas, que o entendimento verdadeiramente acontece. E nas servidões, ruas, escolas, casas, entendi e enxerguei a extensão sentipensante [1]. Bell Hooks afirma que “quando falamos com uma voz libertadora, nossas palavras nos conectam com qualquer pessoa que vive em silêncio em qualquer lugar” [2]. O ato de estar à deriva na comunidade do Vale carrega essa ideia, pois na escuta e no diálogo as vozes silenciadas ganham espaço. Falar sobre o Vale é romper com a invisibilidade da desigualdade, é transformar a escuta em ação. Nesse contexto, me vi imersa em uma ação que foi enriquecedora e deu sentido para a extensão universitária. Junto às crianças da escola local, organizamos uma troca de cartas com pessoas desconhecidas, dispostas a escrever para elas. Criamos uma história e apresentamos uma peça de teatro. Inspiradas pela encenação, elas escreveram seus sonhos e desejos em cartas, que foram enviadas em garrafas para uma “ilha distante”, esperando as respostas como um gesto de conexão e esperança. Mais do que um simples exercício de escrita ou de desenho, essa experiência abriu caminhos para que pudessem narrar suas vivências, expressar sentimentos e perceber que vozes podem atravessar fronteiras. Cada carta enviada era um convite para que se reconhecessem como sujeitos ou sujeitas de suas próprias histórias, e cada carta recebida reafirmava que seus sonhos importam. Pensando com Nego Bispo, onde tudo é início, meio e início [3], a ação das cartas começou com o teatro, o meio foi a troca das cartas e o encerramento da ação com o encontro das crianças com as pessoas que respondiam as cartas, foi novamente o início, o início de uma nova percepção, o começo de um outro processo, onde as crianças descobrem que seus sonhos importam. A democracia se constrói a partir dessa percepção, que suas histórias importam. “Estava na escola, pois seria o primeiro dia da ação das Cartas do Vale. Uma das crianças que estava na sala me chamou e perguntou se poderia colocar na carta que o sonho dela era ser palhaça, e que a mãe falava que isso não era profissão. Eu a encorajei. Ela me agradeceu e se desenhcou como palhaça.” [4]

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao refletir sobre minha vivência no Vale do Carangola, percebi que a verdadeira extensão universitária vai além da academia, ela se constrói no encontro com a comunidade, unindo escuta, diálogo, sentir e ser. O projeto não é só troca de saberes formais, mas aprendizado compartilhado e construção de um espaço coletivo [5]. A experiência de trocar cartas com as crianças, abrindo espaço para seus sonhos, revelou o poder transformador da educação, que se faz no cotidiano, nas ruas, escolas e casas. Cada carta e palavra trocada reafirma que a democracia começa ao reconhecermos o valor da história do outro. Como nos ensina Paulo Freire [6], a educação é um ato de liberdade e diálogo que nos transforma mutuamente. Assim, em vez de um fim, essa experiência é um novo começo, onde as crianças, ao entenderem o valor de seus sonhos, se reconhecem como agentes de transformação em suas comunidades.

REFERÊNCIAS

- [1] Tammela R. Narrativas de uma extensão sentipensante: quando caminhamos nessa deriva, acontece o amor. *Em Extensão*. 2024;23(2):4-18. DOI <https://doi.org/10.14393/REE-2024-74726>.
- [2] Hooks B. *Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra*. São Paulo: Elefante; 2019.
- [3] Bispo N. Somos começo, meio e começo – um até breve a Nêgo Bispo. *In: Redes da Maré*. 2023. Disponível em: <https://www.redesdamare.org.br/br/artigo/321/somos-comeco-meio-e-comeco-um-ate-breve-a-nego-bispo>
- [4] Folhadella R. *Diário de Campo*. Petrópolis, 2022.
- [5] Hooks B. *Ensinando a Transgredir: A educação como prática de liberdade: A educação como prática da liberdade*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.
- [6] Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FACTORES ASOCIADOS AL DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Nelson Martínez¹
Katherine Victorio
Nicole Galán
Emmanuel Jiménez
Penélope Parra
Estefanía Henríquez
Nidia Vargas
Eslin Cipión
José Selig

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos infectados que representa una amenaza para casi la mitad de la población mundial. Cada año se estiman entre 100 y 400 millones de infecciones, principalmente en zonas tropicales y subtropicales, tanto urbanas como semiurbanas. Aunque muchas personas no presentan síntomas o tienen cuadros leves, en algunos casos la enfermedad puede progresar a formas graves e incluso ser mortal. En el 2023, el dengue alcanzó cifras récord con más de 6.5 millones de casos y más de 7,300 muertes en más de 80 países, según la Organización Mundial de la Salud (1). Esta enfermedad presenta un patrón estacional, siendo más frecuente en los meses cálidos y lluviosos del año. Sus síntomas incluyen fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y exantema, y en casos severos puede causar choque, insuficiencia respiratoria o daño orgánico (2). Aunque se han identificado algunos factores clínicos relacionados con la gravedad del dengue (como dolor abdominal intenso, diabetes, hipotensión y trombocitopenia) (3,4), hay poca información sobre factores sociales y demográficos asociados al dengue con signos de alarma, especialmente en contextos locales como el de la República Dominicana, donde la alta carga de enfermedad y las condiciones climáticas favorecen su transmisión. Identificar estos factores es crucial para orientar intervenciones preventivas y fortalecer la respuesta del sistema de salud ante brotes cada vez más frecuentes y severos.

OBJETIVO

Determinar los factores asociados al dengue con signos de alarma en la República Dominicana durante el año 2024.

1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. E-mail: nelson.martinez@ministeriodesalud.gob.do

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo a partir del análisis de casos confirmados de dengue registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado mediante pruebas serológicas específicas. La información se extrajo de los registros del SINAVE e incluyó variables sociodemográficas y epidemiológicas. El análisis se realizó en el software SPSS. Se usaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para evaluar la asociación entre variables, se aplicó la prueba de chi cuadrado y un análisis de regresión logística binaria, considerando un nivel de confianza del 95% y un valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se analizaron 1,274 casos confirmados de dengue. La mayoría de los afectados fueron hombres (50.3%), con mayor concentración en el grupo de 10 a 19 años (42.3%). El nivel educativo predominante fue el primario (35.7%) y la región con más casos fue el Cibao Norte (40.4%). Más de la mitad de los casos fueron atendidos en instituciones de salud privadas (51.3%). El 56.2% de los casos presentó signos de alarma, siendo más frecuentes en mujeres (57.3%), lactantes menores de un año (66.1%), personas sin educación formal (65.6%) y pacientes con seguro de salud de régimen contributivo (62.3%). Además, los casos con signos de alarma se concentraron en la región El Valle (77.4%) y aumentaron significativamente en el mes de junio (72.9%). Los factores asociados al dengue con signos de alarma fueron: nivel educativo primario (OR 2.224; IC95%: 1.172–4.220; $p=0.014$), sin educación (OR 4.133; IC95%: 1.819–9.390; $p<0.001$), región Metropolitana (OR 5.495; IC95%: 1.770–17.063; $p=0.003$), región El Valle (OR 4.519; IC95%: 1.991–10.257; $p<0.001$), mes de inicio de síntomas en junio (OR 3.626; IC95%: 1.379–9.532; $p=0.009$) y atención en centros de salud privados (OR 1.764; IC95%: 1.140–2.730; $p=0.011$).

CONSIDERACIONES

El dengue con signos de alarma se asoció a determinantes sociales como el bajo nivel educativo y la región de residencia, lo que sugiere desigualdades estructurales en salud. La asociación de la atención en centros de salud privados con el dengue con signos de alarma plantea interrogantes sobre posibles barreras para el acceso al sistema público de salud. En este sentido, es necesario reforzar la atención primaria y la vigilancia epidemiológica, especialmente en regiones y comunidades vulnerables. Además, deben implementarse estrategias de educación sanitaria adaptadas a contextos con baja escolaridad, fortaleciendo la identificación temprana de signos de alarma y promoviendo una atención oportuna y equitativa. Los hallazgos de este estudio pueden contribuir al diseño de políticas públicas que tomen en cuenta los determinantes sociales de la salud en el contexto de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue.

REFERENCIAS

1. OMS. Dengue y dengue grave. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
2. OPS. Dengue. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/dengue>
3. Rojas M, Ríos González CM. Factores asociados a la evolución a dengue grave en un hospital de tercer nivel de atención del Paraguay, 2019 a 2020. An. Fac. Cienc. Méd. 2021; 54(2): 79-88.79. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/2339/2177>
4. Bolaños-Díaz MC, López-Delgado DS, Arango-Luque A, Polanco-Pasaje JE. Factores asociados a dengue grave en pacientes del departamento del Cauca -Colombia 2015-2021. Iatreia. 2025. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/356476/20817350>

FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)

Patrícia Maria Arruda Aragão¹

Vanessa Beatriz de Lima

Luana Monserrat Rolon Rolon

Larissa Xavier de Miranda

Isaac de Araujo Castro Vasconcelos

Isabella Garcia da Rocha

Harold Gómez Larrota

Carmen Justina Gamarra

Ehideé Isabel Gomez La-Rotta

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Frente a qualquer ameaça à nossa integridade, nosso organismo responde com o binômio estresse e ansiedade. Essa resposta objetiva favorecer a sobrevivência e a adaptação às mudanças que ocorrem em nosso meio. Porém, essa relação pode desencadear diversos comportamentos e doenças, comprometendo a saúde do indivíduo, quando é contínua e sem o controle adequados [1].

De acordo com os dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2022, cerca de um bilhão de pessoas viviam com algum distúrbio mental. Outrossim, as pessoas com condições graves de saúde mental morrem, em média, 10 a 20 anos mais cedo do que a população geral [2].

Os universitários, vivenciam mudanças significativas ao ingressarem na universidade, em especial ao se afastarem do ambiente familiar e migrar para outras cidades, enfrentando um período de transição que pode trazer impactos [3] na em sua vida.

Algumas especificidades durante a vivência acadêmica podem impactar negativamente a saúde física e mental, como, por exemplo, a carga horária elevada em atividades de ensino, a sobrecarga de tarefas acadêmicas e os estágios curriculares, com enfrentamento de situações estressoras [4].

Segundo a American Psychiatric Association, a taxa de prevalência para a população geral, de ansiedade generalizada, é de 2,9 a 7%. Em graduandos, a prevalência estimada é de 4,2% para transtornos ansiosos [5].

OBJETIVO

Avaliar as características sociodemográficas, acadêmicas e laborais de estudantes universitários com ansiedade e determinar os fatores associados, com a finalidade de realizar intervenção para diminuir os índices de ansiedade e prevenir depressão.

1 Universidade Federal da Integração Latino-americana. E-mail: pma.aragao.2023@aluno.unila.edu.br

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal entre dezembro de 2024 e abril de 2025, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer 7.047.986, de 2 de setembro de 2024.

A população-alvo foram estudantes da UNILA. Sendo inclusos no estudo os que tivessem idade igual ou superior a 18 anos, capacidade de responder às perguntas, que não estivessem afastados das atividades durante a pesquisa e com antiguidade superior a 3 meses.

Como o instrumento “*HSE’s Management Standards Indicator Tool*” (HSE-IT) está constituído por 35 questões, foram alocados 5 participantes por pergunta, calculando-se uma amostra de 170 ou mais estudantes.

Foi utilizado um formulário auto preenchível composto por seções que incluíam variáveis sociodemográficas, clínicas, laborais e as escalas HSE-IT para medir o estresse relacionado à organização do trabalho, embora este último esteja sendo testado entre os alunos com algumas alterações, além das escalas PHQ-9 e GAD-7.

Iniciamos com a análise descritiva, realizando comparação das variáveis categóricas com os testes de qui-quadrado e exato de Fisher, e, para as médias, o teste t-Student. Os fatores associados foram analisados utilizando regressão logística.

RESULTADOS

Dos 6.919 estudantes da instituição, 283 responderam ao questionário, resultando em uma adesão de 4,1%.

Os participantes tinham idade média de 27,19 ($\pm 7,2$) anos; mulheres (62,5%), autoidentificando-se como cisgênero mulher (55,8%), brasileiros (68,9%), auto referindo-se de cor da pele branca (49,1%), solteiros (82,0%), sem filhos (93,5%), 69,5% moravam fora da casa dos pais, referindo renda média *per capita* familiar de R\$ 1.819,90 ($\pm 2.406,2$) e 47,3% trabalhavam.

O Índice de Rendimento Acadêmico (IRA) médio foi de 5,13 ($\pm 3,64$) pontos, os estudantes referiram uma média de 16,82 ($\pm 11,68$) horas de aula e 8,79 ($\pm 11,05$) horas dedicadas a outros tipos de atividades. A maioria dos participantes (34,6%) pertenciam ao Instituto de Ciências da Vida e Natureza (ILCVN) e 47,4% recebiam alguma bolsa.

A média no PHQ-9 foi de 12,03 ($\pm 7,30$) e no GAD-7 foi de 11,03 ($\pm 5,87$), com proporções de 65% de depressão e 58,3% de ansiedade entre os participantes.

No modelo de regressão simples, as variáveis sexo feminino (OR 2,82; IC95% 1,45 – 5,48), ter filhos (OR 0,22; IC95% 0,094 – 0,515), tomar medicamentos, sofrer de alguma doença, escolaridade (graduação ou pós-graduação) e apresentar depressão estavam associadas a presença de ansiedade.

Depois de ajustar o modelo, os fatores associados negativamente com a ansiedade que permaneceram foram sofrer de depressão (OR 24,8; IC95% 9,48 – 65,11), e o uso de medicamentos,

sendo *proxy* de sofrer de alguma doença (OR 10,42; IC95% 2,26 – 47,91), e escolaridade (graduação) (OR 4,21; IC95% 1,29 – 13,68); enquanto ter filhos e ser do sexo masculino, que eram fator protetores, deixaram de estar associados.

Estudantes da graduação que apresentam depressão ou tomam medicamentos por sofrer de alguma doença têm risco aumentado de apresentar quadros de ansiedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A proporção de transtornos mentais no grupo avaliado é alta (superior a 50%), e os resultados indicam que os alunos que sofrem de depressão, fazem uso de medicamentos e estão cursando a graduação apresentam maior probabilidade de desenvolver ansiedade, o que condiz com estudos realizados na mesma população [6].

Porém, ao ajustar o modelo da regressão, não apareceram como associados, embora a literatura descreva amplamente que indivíduos com filhos ou do sexo masculino apresentam risco menor de desenvolver tanto ansiedade quanto depressão [6].

Entre as limitações da pesquisa, destacam-se seu delineamento transversal, que impede a identificação de causalidade; a amostra por conveniência; e o uso de variáveis autorreferidas, que podem comprometer a representatividade, apresentando vieses de seleção e de informação.

Este estudo tem o propósito de realizar intervenções centradas na melhoria das condições do grupo em questão e fatores relacionados, o que está sendo realizado no momento.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira CJR, Amaral F. Estresse, ansiedade, aromaterapia: pelo olhar da osmologia, ciência do olfato e do odor. *Braz J Nat Sci.* 2019;2:92.
- [2] World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.
- [3] Castro VR. Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. *Rev Gest Foco.* 2017; 9(1):380–401.
- [4] Silva MEA et al. Saúde mental dos estudantes universitários. *Rev Eletr Acervo Enferm.* 2021;9:e6228.
- [5] American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- [6] Souza J, Demenech LM, Dumith SC, Neiva-Silva L. Sintomas de ansiedade generalizada entre estudantes de graduação: prevalência, fatores associados e possíveis consequências. *J Bras Psiqu.* 2021; 71(3), 193-203.

FATORES ASSOCIADOS À DISCRIMINAÇÃO EXPERIENCIADA POR PESSOAS LGBTQIA+ DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Igor Campos Guimarães¹

Ana Carla Batista Domiciano

Isabel Cristina Gonçalves Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A comunidade LGBTQIA+ sofre, cotidianamente, situações estigmatizantes, de preconceito e discriminação, as quais podem ser influenciadas e agravadas interssecionalmente por características individuais das vítimas, podendo-se citar, entre outras, a cor da pele, etnia, sexo biológico, questões socioeconômicas. Ademais, essas situações são expressas por meio de ações que promovem exclusão, repulsa e violência física ou verbal, são vivenciadas em diferentes contextos e acarretam em isolamento social, podendo, inclusive, afetar o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde [1-4].

OBJETIVO

O presente estudo objetivou identificar a associação entre a Escala de Discriminação no Dia a Dia com as variáveis sociodemográficas, formas de discriminação experienciadas por pessoas LGBTQIA+ nos serviços de saúde e nos serviços odontológicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo Estudo Transversal, conduzido de novembro de 2024 a março de 2025. A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por participantes com idade superior a 18 anos, residentes de Minas Gerais e pertencentes à comunidade LGBTQIA+ que responderam a um questionário on-line através da plataforma Google Formulários. Os critérios de exclusão foram participantes que assinalaram a opção “heterossexual” sem assinalar as alternativas “transgênero” ou “não-binária” ou “intersexo” e participantes que não preencheram o questionário integralmente. Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa estatístico SPSS versão 20.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), no qual foi realizada a análise descritiva desses dados e o agrupamento de categorias com baixa prevalência, para a associação das variáveis dependentes com as independentes a partir dos testes de Qui-quadrado, teste-t, ANOVA e a análise de regressão de Poisson robusta, adotando-se intervalos de confiança de 95%, com nível de significância de 5%. Portanto, entraram no modelo multivariado e no modelo final as variáveis independentes associadas com valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra consiste de 98 pessoas LGBTQIA+ do estado de Minas Gerais, dos quais 57,1% são homens cisgênero, 28,6% mulheres cisgênero, 6,1% mulheres transgênero, 4,1% pessoas não-binárias

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: igrcamposguimaraes@gmail.com

ou de outras identidades de gênero e 3,1% homens transgênero. Homossexuais representam 58,2% da amostra, 35,7% são bissexual, assexual ou de outra orientação sexual e 6,1% são heterossexual. 36,7% apresentam renda maior que 7001 reais, 58,2% apresentam ensino superior completo. A média da Escala de Discriminação no Dia a Dia (EDD) foi 24,70 ($\pm 10,93$, apresentando distribuição normal), 70,4% dos respondentes já sofreram discriminação em serviços de saúde e 31,6% a experienciou em serviços odontológicos. Há uma variação estatisticamente significativa na média da EDD de pessoas LGBTQIA+ em relação à cor / raça (branco x negro $p=0,003$), identidade de gênero ($p=0,029$), faixa etária ($p=0,008$), discriminação nos serviços de saúde ($p=0,04$) e nos serviços odontológicos ($p=0,04$), porém não houve uma variação na média dessa escala em relação à orientação sexual, escolaridade, dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, renda e ao tipo de serviço odontológico procurado no último ano. No modelo final da regressão linear, apenas as variáveis cor / raça ($p=0,011$) e experiência de discriminação nos serviços odontológicos ($p<0,001$) apresentaram associação à variação na média da EDD.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente estudo permitiu verificar a existência de uma elevada prevalência de eventos discriminatórios vivenciados no cotidiano, nos serviços de saúde e odontológicos por pessoas LGBTQIA+ do estado de Minas Gerais. A associação entre a discriminação sofrida por essas pessoas no dia a dia e a sua cor / raça e experiências discriminatórias nos serviços odontológicos apontam que o combate à LGBTQIA+fobia em diferentes contextos sociais deve estar associado ao combate de outras formas de discriminação, principalmente à discriminação racial. Ademais, sugere-se que a plena implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais demanda uma visão intersetorial, capaz de lutar contra injustiças sociais não apenas no setor da saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Borgert V, Stefanello S, Signorelli MC, Santos DVD dos. "A gente só quer ser atendida com profissionalismo": experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. *Physis*. 2023;33:e33036.
- [2] Garcia J, Vargas N, Clark JL, Magaña Álvarez M, Nelons DA, Parker RG. Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Glob Public Health*. 2020 Apr;15(4):497-519.
- [3] Silva A de CA da, Alcântara AM, Oliveira DC de, Signorelli MC. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2020;24:e190568.
- [4] Varotto BLR, Massuda M, Nápole RCO, Antequera R. LGBTQIA+ population: Access to dental treatment and preparation of the dental surgeon—An integrative review. *Rev ABENO* 2022; 22(2):e1542.

FATORES ASSOCIADOS À HESITAÇÃO NO ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS POR PESSOAS LGBTQIA+ DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Igor Campos Guimarães¹

Ana Carla Batista Domiciano
Isabel Cristina Gonçalves Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Pessoas LGBTQIA+ experienciam eventos discriminatórios com demasiada frequência, os quais também podem se apresentar, dentre outros cenários, em serviços de saúde. Essas situações acarretam em isolamento social e podem afetar o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde. Nesses serviços, as manifestações discriminatórias se apresentam desde a utilização errônea de pronomes e desrespeito ao nome social de pessoas transgênero até a recusa de atendimento e sucessivos encaminhamentos desses pacientes a outros serviços. Por consequência, a vivência dessas situações ou o receio de vivenciá-las podem, principalmente, afetar o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde [1-4].

OBJETIVO

O presente estudo objetivou identificar a associação entre variáveis sociodemográficas e distintas formas de discriminação experienciadas por pessoas LGBTQIA+ no seu cotidiano, nos serviços de saúde e nos serviços odontológicos com a variável relativa à hesitação no acesso aos serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo Estudo Transversal, conduzido de novembro de 2024 a março de 2025. A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por participantes com idade superior a 18 anos, residentes de Minas Gerais e pertencentes à comunidade LGBTQIA+ que responderam a um questionário on-line através da plataforma Google Formulários. Os critérios de exclusão foram participantes que assinalaram a opção “heterossexual” sem assinalar as alternativas “transgênero”, “não-binária” ou “intersexo” e participantes que não preencheram o questionário integralmente. Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa estatístico SPSS versão 20.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), no qual foi realizada a análise descritiva desses dados e o agrupamento de categorias com baixa prevalência, para a associação das variáveis dependentes com as independentes a partir dos testes de Qui-quadrado, teste-t, ANOVA e a análise de regressão de Poisson robusta, adotando-se intervalos de confiança de 95%, com nível de significância

de 5%. Portanto, entraram no modelo multivariado e no modelo final as variáveis independentes associadas com valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra consiste de 98 pessoas LGBTQIA+ do estado de Minas Gerais, dos quais 57,1% são homens cisgênero, 28,6% mulheres cisgênero, 6,1% mulheres transgênero, 4,1% pessoas não-binárias ou de outras identidades de gênero e 3,1% homens transgênero. Homossexuais representam 58,2% da amostra, 35,7% são bissexuais, assexuais ou de outra orientação sexual e 6,1% são heterossexuais. 36,7% apresentam renda superior a 7001 reais e 58,2% apresentam ensino superior completo. 42,9% dos respondentes apresentaram um valor acima da média na Escala de Discriminação no Dia a Dia e a prevalência de discriminação em serviços de saúde e odontológicos foi, respectivamente, de 70,4% e 31,6%. A hesitação no uso dos serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, que apresentou uma prevalência de 6,1%, associou-se à faixa etária ($p=0,022$), escolaridade (ensino superior completo em relação ao médio incompleto ou completo; $p=0,024$; ensino superior incompleto em relação ao médio incompleto ou completo; $p=0,042$), identidade de gênero ($p<0,001$), discriminação nos serviços odontológicos ($p<0,001$), avaliação da última consulta odontológica (avaliação positiva em relação à negativa apresentou $p=0,41$). As demais variáveis sociodemográficas, de discriminação nos serviços de saúde e relativas ao acesso aos serviços odontológicos não apresentaram associação a esse desfecho. No entanto, na regressão logística, apenas variável identidade de gênero manteve-se associada à hesitação no acesso aos serviços odontológicos por receio de experiências discriminatórias.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar de, a princípio, haver uma indicação de associação entre o desfecho, representado pela variável de hesitação no acesso aos serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, e as variáveis independentes, relativas a fatores sociodemográficos, experiências discriminatórias prévias nos serviços odontológicos e avaliação negativa da última consulta odontológica, apenas a associação à identidade de gênero se manteve na regressão logística. Essa associação evidencia a importância de tornar os serviços odontológicos mais acolhedores para pessoas transgênero, não-binária ou de outras identidades de gênero. Indica-se, ainda, a necessidade da realização de mais estudos, com uma amostra representativa da população, para compreender os fatores causais desse desfecho experienciado por pessoas LGBTQIA+ de Minas Gerais, o qual apresentou uma prevalência de aproximadamente seis por cento da amostra, a fim de se propor medidas para solucioná-lo, à luz das proposições da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

REFERÊNCIAS

- [1] Borgert V, Stefanello S, Signorelli MC, Santos DVD dos. "A gente só quer ser atendida com profissionalismo": experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. *Physis*. 2023;33:e33036.
- [2] Garcia J, Vargas N, Clark JL, Magaña Álvarez M, Nelons DA, Parker RG. Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Glob Public Health*. 2020;4:497-519.
- [3] Oliveira BAS, Suto CSS, Porcino C, Cortes HM, Souza SL. O (des)cuidado em saúde às pessoas LGBTQIAP+ dispensado por profissionais em unidades básicas de saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2024 ;32(1):e79505.
- [4] Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DC, Signorelli MC. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface*. 2020;24:e190568

FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MEDICAMENTOS ENTORPECENTES POR ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

Milene Diniz Paulucio¹

Laura Fontes Silva

Luíza Eduarda Portes Ribeiro

Nathalia Borba Raposo Pereira

Carlos Augusto Lopes

Fernanda Garcia Gabira Miguez

Franciele Marabotti Costa Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a adolescência como uma das fases mais importantes para o desenvolvimento físico e mental. Esse período, compreendido entre 10 e 19 anos, é marcado por significativas transformações biológicas e psicológicas¹. No Brasil, estima-se que os adolescentes representam 14% da população, enquanto no Espírito Santo correspondem a 13%². As substâncias psicoativas desempenham um papel preocupante na morbimortalidade juvenil, sendo os entorpecentes – derivados do ópio e da morfina – de especial atenção. Apesar do controle rigoroso devido ao seu alto potencial de dependência e abuso, seu uso tem se tornado cada vez mais comum entre os adolescentes³. Estes fármacos provocam efeitos como sonolência, indução do sono e analgesia⁴. Estudos indicam que o abuso de entorpecentes está associado a diversos fatores familiares e ambientais, sendo mais frequente quando um dos pais faz uso de narcóticos. A disponibilidade dessas substâncias também atua como um fator facilitador⁵. Diante desse cenário, a promoção da saúde torna-se essencial para conscientizar os jovens sobre os riscos e consequências do uso inadequado de entorpecentes⁶. Além disso, é fundamental o desenvolvimento de pesquisas voltadas à identificação de fatores de risco e estratégias de prevenção, dada a escassez de estudos na área.

OBJETIVO

Descrever os fatores associados à prevalência da experimentação e do uso atual de entorpecentes entre estudantes do Ensino Médio.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo, transversal, de base escolar, realizado em 2023 com estudantes do Ensino Médio da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV). A coleta de dados ocorreu por autopreenchimento em tablets, utilizando o software REDCap. Os desfechos investigados foram a experimentação e o uso atual de entorpecentes, por meio das perguntas: *“Já usou algum dos*

1

Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: milenedinizp@gmail.com

remédios abaixo para se sentir alterado/diferente?” e “Atualmente você faz uso de algum remédio para se sentir alterado/diferente?”. Foram analisadas variáveis como sexo, faixa etária, identidade de gênero, orientação sexual, + raça/cor, estado civil, ocupação, classificação econômica, convivência dos pais, tipo de escola, religião, uso nos últimos 30 dias, idade da primeira experimentação e forma de acesso ao medicamento. A análise dos dados foi conduzida no Stata 17.0, incluindo estatística descritiva, testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, além de Regressão de Poisson com variância robusta ($p \leq 0,20$ para entrada e $p < 0,05$ para permanência). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, garantindo conformidade com as normas éticas vigentes.

RESULTADOS

Ao todo, 4611 responderam ao questionário. Dentre esses, 131 já experimentaram algum entorpecente (2,8%; IC95%: 2,4-3,4) e 33 (0,7%; IC95%: 0,5-1,0) fazem o uso atual da substância. 61 adolescentes relataram que já haviam completado 15 anos ao experimentar o entorpecente. Quanto à forma de acesso, grande parte comprou em uma loja, bar, botequim, padaria, banca de jornal ou de um vendedor de rua (N=26; IC95%: 13,9-27,8), seguido por pegar escondido em casa (N=25; IC95%: 12,6-26,2) e com algum familiar (N=13; IC95%: 5,9-16,5). Com relação aos aspectos socioeconômicos, a experimentação de entorpecentes apresentou maior parte no sexo feminino (3,3%; IC95%: 2,9-4,1), entre pessoas não cisgênero (6,2%), LGBTQ+ (5,9%), com vínculo empregatício (4,1%; IC95%: 3,1-5,5) e, por fim, há maior frequência de experimentação na vida entre os escolares pertencentes a outras religiões (6,8%; IC95%: 4,6-10,0), não tendo significância estatística no uso atual ($p > 0,05$). Com a análise ajustada, foi possível observar a associação do uso de entorpecentes com escolares autodeclarados LGBTQ+ ($p < 0,001$) (RP: 2,54; IC95% 1,74-3,73) em relação aos heterossexuais, resposta positiva ao vínculo empregatício ($p = 0,004$) (RP: 1,68; IC95% 1,18-2,39) e adolescentes de religiões diferentes de católica e evangélica (RP: 1,90; IC95%: 1,15-3,12), se comparados àqueles que declararam não pertencer a uma religião ($p = 0,008$).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo demonstra dados preocupantes sobre o uso de entorpecentes entre escolares, principalmente pelas consequências que tais medicações podem causar. É necessário refletir sobre medidas que tornem o acesso a essas substâncias menos facilitado a essa população, considerando que as vias de acesso, em grande parte das vezes, são o próprio ambiente familiar. Para tanto, é preciso promover medidas de saúde que conscientizem toda a comunidade sobre o uso indevido, visto que esse é um problema de saúde pública. Além disso, novas pesquisas são necessárias, principalmente para consolidar os fatores de risco que levam o adolescente a fazer o uso de narcóticos. Tais estratégias proporcionam um melhor entendimento do panorama, proporcionando medidas de enfrentamento eficazes.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/255415>
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: panorama. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias. Brasília, DF: MS; 2018.
- (4) Katzung BG, Vanderah TW. Farmacologia básica e clínica. 15th ed. Porto Alegre: AMGH; 2022.
- (5) Griesler PC, Hu M-C, Wall MM, Kandel DB. Assessment of prescription opioid medical use and misuse. JAMA Netw Open. 2021;4(1):e2031073.
- (6) World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.

FORMAÇÃO ANTIRRACISTA NA ENFERMAGEM: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Roseane Maria Corrêa¹

Joana Angélica Barbosa Lopes

Catalina Kiss

Christiane dos Santos Teixeira Delphin

Arthur Lobo Costa Mattos

Marilena Cordeiro Dias Villela Correa

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação em Enfermagem no Brasil é regulamentada por normativas que estruturam seu caráter técnico, científico e ético-político. O Decreto nº 27.426/49 regulamenta os cursos; a Lei nº 7.498/86 reconhece a Enfermagem como profissão científica; a Resolução CNE/CES nº 3/2001 propõe uma formação comprometida com marcadores sociais como raça, classe, gênero e geração; e a Resolução Cofen nº 736/2024 exige que o Processo de Enfermagem seja aplicado em todos os contextos socioambientais, demandando análise crítica da realidade. Apesar dos avanços, a nossa sociedade se estruturou com o racismo como eixo definidor de lugar social, segundo Almeida (1). O autor complementa que o racismo é naturalizado no cotidiano. Munanga (2) discute como a ciência, no século XIX, foi usada para legitimar a ideia de inferioridade racial, promovendo o chamado racismo científico. Em vez de revanchismo, busca-se reparação: a formação em Enfermagem deve integrar o debate antirracista desde os fundamentos. Na Atenção Primária à Saúde, que é o caso desse relato de experiência, o vínculo com as famílias é central (3). Destaca-se que a PNSIPN (4) apresenta, entre suas diretrizes, a ênfase na formação dos trabalhadores da saúde para o enfrentamento do racismo institucional. Nesse contexto, cabe à Enfermagem, enquanto ciência e prática, assumir um compromisso ético, político e formativo na superação das desigualdades raciais, contribuindo ativamente para a construção de um cuidado mais justo, equânime e alinhado aos princípios do SUS.

OBJETIVO

Relatar a experiência docente na formação em Enfermagem, evidenciando reflexões sobre o enfrentamento do racismo estrutural e institucional no contexto da Atenção Primária à Saúde. Busca-se destacar a importância da incorporação de práticas pedagógicas antirracistas como eixo formativo essencial, contribuindo para uma atuação profissional comprometida com a equidade, a justiça social e o fortalecimento do SUS.

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: rosesalva@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência docente desenvolvido a partir da minha atuação como enfermeira, com 30 anos de formação, e há dois anos como professora em uma instituição pública de ensino, acompanhando grupos de até seis estudantes em campo de estágio na Atenção Primária à Saúde. De abordagem qualitativa (5), com base na análise reflexiva das práticas pedagógicas e das vivências docentes no contexto da formação em Enfermagem no campo da Atenção Primária. A pesquisa foi realizada a partir da observação direta e da análise crítica das atividades de ensino, considerando os desafios e avanços no enfrentamento do racismo estrutural e institucional na formação de profissionais de Enfermagem. Foram utilizadas ferramentas como a análise de documentos institucionais, planos de ensino e avaliações, além de relatos de estudantes sobre as estratégias de ensino antirracistas adotadas. Buscou-se identificar as percepções sobre a importância de incorporar práticas pedagógicas antirracistas. A análise foi realizada a partir da perspectiva da educação antirracista e da saúde coletiva, utilizando como referencial teórico autores com foco na promoção de uma formação que contribua para a superação das desigualdades raciais no contexto da Atenção Primária à Saúde.

RESULTADOS

Durante o estágio supervisionado, foi possível observar que muitos estudantes apresentavam dificuldades, por vezes acompanhadas de constrangimento, ao abordar questões raciais. A experiência racial brasileira é atravessada pelo mito da democracia racial (6) e o racismo por negação (7), ainda predominantes. Alunos, especialmente os brancos, mostraram-se desinformados e pouco preparados para discutir criticamente o tema. A ausência de debates anteriores na formação desses estudantes ficou evidente nas dificuldades em reconhecer o racismo como determinante social da saúde. Alguns sequer conheciam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), marco importante na construção de políticas públicas voltadas à equidade racial. Relatos como ‘nunca pensei no racismo no atendimento’ e ‘passei a ver o cuidado de forma mais ampla’ mostram o impacto das práticas antirracistas na formação. Alunos inseridos em projetos como o LAENSP/UFRJ e o Quilombo do Cuidar/UERJ demonstraram postura mais crítica e engajada. Com maior sensibilização, perceberam o racismo nas práticas de saúde e mostraram-se comprometidos com um SUS mais inclusivo, promovendo saúde integral à população negra.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A formação em Enfermagem enfrenta o desafio de integrar a temática racial de forma crítica, especialmente na Atenção Primária, onde o cuidado é mais direto e humanizado. O racismo institucional exige práticas pedagógicas antirracistas, que envolvam os estudantes em discussões, projetos e diálogo com movimentos sociais. A PNSIPN é ferramenta estratégica para isso. Defende-se a inclusão do racismo estrutural nos currículos, com metodologias ativas e formação crítica, visando profissionais mais éticos, sensíveis e comprometidos com a equidade no SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Almeida S. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
- (2) Munanga K. Negritude: Usos e sentidos. 4. ed. Belo Horizonte: Autentica; 2019.
- (3) Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária à Saúde. Em: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- (4) Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS–3ed [Internet]. 3. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
5. Creswell JW, Rocha L de O da, Silva MI da C e. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
6. Nascimento A do. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Editora Perspectiva; 2016.
7. Gonzalez L. A categoria político-cultural de amefricanidade. 1988;(92/93):68–82.

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO PARA UM CUIDADO ANTIRRACISTA

Evelyn Florido Lobato Cavalcante¹

Jéssica Rosa Marinho Quintão

Celia Maria Patriarca Lisboa

Enya Oliveira da Veiga

Gabriela Barcelos Delpino da Rocha

Jorginete de Jesus Damião

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As desigualdades raciais são uma construção histórica no Brasil, reforçadas pela manutenção de desvantagens na situação socioeconômica e condições de vida da população negra, constituindo elemento crucial na sua determinação de saúde.[1] Tal situação impacta no acesso a serviços, como os de saúde, onde cerca de 70% da população que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) é negra e enfrenta desigualdades no acesso e cuidado, que envolvem, dentre outras questões, episódios de discriminação e violência.[2] O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência condicionada de renda que visa à garantia da equidade de acesso a direitos sociais, como saúde e educação, para famílias em situação de vulnerabilidade. Contudo, desde a implementação das condicionalidades de saúde do PBF, os profissionais apresentaram resistência, que se relacionam mais a questões conceituais que técnicas.[3] As críticas ao Programa se relacionam ao olhar estigmatizante para as pessoas acompanhadas, na maioria mulheres negras e pobres.[4] Assim, é fundamental a implementação da Política Nacional de Saúde Integral para População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, com o objetivo de promover a saúde integral deste grupo, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS.[5]

OBJETIVO

Apresentar relato de experiência de uma formação sobre racismo em saúde, realizada com profissionais de uma unidade de atenção primária à saúde localizada na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Esta ação integra o pré-teste de instrumentos que compõem o projeto “Enfrentamento do racismo no Sistema Único de Saúde: o cuidado em saúde de mulheres titulares do Programa Bolsa Família”, coordenado pela professora Jorginete Damião, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

A atividade de formação constituiu uma demanda da gerência da unidade de saúde, que vivenciou episódios de discriminação racial nas relações entre profissionais e profissional-usuário. Foram

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: evelyn.lobato@gmail.com

realizados três encontros de formação em uma perspectiva de construção coletiva do conhecimento, conduzidos por meio de metodologias ativas e encadeamento de discussões para a reflexão sobre a prática e produção de um cuidado em saúde antirracista. Nestes, foram compartilhadas preparações de origem afro-brasileira.

Os encontros ocorreram na unidade de saúde, entre outubro de 2024 e janeiro de 2025. Para oportunizar maior participação, foram realizados no final da tarde, quando o volume de pessoas na unidade é menor, podendo contar com a equipe de acolhimento. Houve uma média de 23 participantes por encontro, sendo a maioria agentes comunitários de saúde (ACS), além de enfermeiros e técnicos, médicos, equipe multiprofissional (nutricionista e psicóloga), gerente e apoio administrativo.

O primeiro encontro consistiu em uma oficina de formação com o objetivo de despertar o debate entre os participantes e compreender, por meio de suas vivências, como identificavam o racismo nas práticas em saúde e o perfil de pessoas atendidas na unidade. Foram utilizadas narrativas de profissionais de saúde sobre o olhar para o cuidado de pessoas acompanhadas pelo PBF, fruto de experiência de pesquisa anterior na APS municipal. Apesar de algumas reproduções de falas de senso comum e estigmatizante, o grupo conseguiu produzir um debate e reflexão sobre cuidado em saúde e equidade com participação expressiva dos ACS.

No segundo encontro, foi realizado grupo focal com perguntas relacionadas à percepção do racismo institucional como limitador do acesso da população negra a direitos, como saúde. Foram aprofundadas discussões iniciadas anteriormente, tendo como destaque o reconhecimento da mulher negra, responsável pela família (muitas vezes, deixando de cuidar de si) e titular do PBF como sendo o perfil majoritário de acompanhamento na unidade e considerado de maior vulnerabilidade. Contudo, ainda que se reconheça a maioria de pessoas negras neste contexto e suas condições de vida impactando na sua situação de saúde, quando há discussão de casos com maior complexidade os profissionais destacam que esta não é racializada e se pauta na estrutura familiar. Chama a atenção a baixa presença das discussões sobre relações étnico-raciais em atividades de formação continuada junto aos profissionais, onde apenas dois ACS referiram participação.

O terceiro e último encontro representou uma devolutiva e um convite, buscando retomar situações retratadas pelos participantes nos encontros anteriores em diálogo com a PNSIPN para construir reflexões e estratégias, aproveitando potências já identificadas no processo de trabalho da unidade, que sejam comprometidas com a produção de um cuidado em saúde integral, equitativo e antirracista.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os encontros de formação contribuíram para reforçar a compreensão da discriminação racial como um determinante das desigualdades de saúde. Seu desenho permitiu valorizar as vivências dos profissionais de saúde, além de possibilitar reflexões por meio da prática no cotidiano do serviço entre cada um dos encontros, contribuindo para uma participação ativa no processo formativo. A

alimentação de origem afro-brasileira produzida pelas mãos das pesquisadoras e compartilhada nos encontros foi motivo de destaque dos profissionais, sendo reforçada a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde como uma das diretrizes da PNSIPN. Espera-se que os diferentes atores mantenham-se comprometidos com a implementação de estratégias voltadas à diminuição de iniquidades no cuidado à saúde, principalmente, de mulheres negras e pobres, assim como as políticas públicas e estratégias de formação priorizem a questão racial.

REFERÊNCIAS

- (1) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude soc.* 2016 Jul;25(3):535–49.
- (2) Silva NN, Favacho VB, Boska GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MA. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180834.
- (3) Damião JJ, Lobato E, Silva JP, Silva CV, Castro LM, Maldonado LA et al. Condicionais de saúde no Programa Bolsa Família e a vigilância alimentar e nutricional: narrativas de profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(10):e00249120.
- (4) Natalino MA. Pobreza, redistribuição e o Programa Bolsa Família na percepção dos brasileiros. *Boletim de Análise Político-Institucional.* Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea; 2020.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A PROMOÇÃO DOS CUIDADOS COLABORATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thiago Sousa Felix¹

Luis Lopes Sombra Neto

Eugênio de Moura Campos

Andréa Frota Sampaio Figueiredo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Instituído a partir da colaboração entre a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (COPOM) vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), o Projeto “Movimenta Saúde Mental na APS” se constitui numa ação que visa qualificar os cuidados em saúde mental e articular, por meio do apoio matricial, serviços especializados em saúde mental e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Numa perspectiva tática e política, o projeto emana da necessidade de fortalecer o cuidado compartilhado em saúde mental nos diversos pontos de assistência do Sistema Único de Saúde. Para isso lança mão do arcabouço teórico conceitual do Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP) lançado em 2008 pela Organização Mundial de Saúde [1].

Com uma demanda clara e fundamentação técnica definidas, o projeto ganhou um planejamento em que as oficinas foram desenhadas para formação de profissionais não especialistas em saúde mental num diálogo com equipes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esse modelo de cuidado colaborativo e compartilhado tem sido apontado como inovador pela sua horizontalidade [2].

OBJETIVO

Dentre os objetivos está o de qualificar profissionais de saúde para avaliação, manejo e seguimento das condições prioritárias em saúde mental, além de fortalecer a integração na RAPS por meio de práticas pedagógicas, organizacionais e assistenciais em saúde mental no estado do Ceará.

METODOLOGIA

Após articulações, foram realizadas oficinas estruturadas em dois eixos: pedagógico com intuito qualificar os atendimentos em saúde mental e organizacional para elaborar estratégias de integralidade entre APS e atenção especializada. As oficinas tiveram duração de 20 horas.

Realizaram-se 05 oficinas, entre janeiro/2024 a abril/2024, com participação total de 328 profissionais, com atuação principalmente na APS, de diferentes categorias: médicos, enfermeiros,

1 E-mail: thiagosfelix2004@yahoo.com.br

psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, profissionais de educação física e assistentes sociais. O projeto englobou representantes de todos os 21 municípios da região [3].

Aplicou-se instrumento pré-teste no início das oficinas e pós-teste no último dia sobre competências profissionais autorreferidas para avaliação, manejo e seguimento de pacientes com transtornos mentais. Realizaram-se análises descritivas e comparativas das variáveis, por meio de teste de Wilcoxon, considerando que ocorreu associação estatística quando valor de $p < 0,05$.

Resultados

Na análise comparativa entre o pré-teste e pós-teste, encontrou-se os seguintes resultados: todas as habilidades profissionais analisadas sobre avaliação, manejo e seguimento em saúde mental apresentaram aumento com diferença estatisticamente comprovada, na comparação entre o pré-teste e a avaliação após as oficinas ($p < 0,001$).

Dos 188 profissionais participantes deste eixo da pesquisa, 52,1% ($n=98$) referiram nunca ter realizado formação anterior em saúde mental. Essa realidade demonstra fragilidade na qualificação profissional em um campo com alta prevalência de casos na APS.

A utilização de metodologias ativas, além de ser pedagogicamente coerente com a realidade dos cursistas, é considerada, pelos profissionais de saúde, como um ponto positivo do projeto. Isso corrobora o que alguns estudos tem apontado: reconhecer, por exemplo, a simulação realística como metodologia apropriada para refletir questões da realidade da assistência [4].

Conclusões/Considerações

O referido projeto vem desenvolvendo articulação interprofissional e educação permanente nos territórios de uma maneira que não vinha acontecendo anteriormente, através de encontros presenciais, reunindo profissionais de municípios da mesma região e, o que é mais importante: se aproximando da realidade dos trabalhadores que, para acessar cursos ou formações do gênero, precisavam se deslocar para Fortaleza ou acessar plataformas virtuais de aprendizagem.

Com o seguimento do projeto percebe-se o alcance paulatino de movimentações da temática saúde mental em várias direções. Deve-se ressaltar, sem embargo, a criação de um espaço formativo diverso e dinâmico; a proposição de fluxos contínuos de trabalho que promovam o matriciamento coerente com a realidade de cada município; nesse sentido o fortalecimento das redes locais e, por fim, a melhoria para a população da assistência de saúde mental através do cuidado colaborativo.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. MI-mhgap: Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.
- [2] Chazan LF, Fortes SLC, Camargo KR. Apoio Matricial em Saúde Mental: revisão narrativa do uso dos conceitos

horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. *Ciência Saúde Coletiva*. 2018;25(8):3251-3260.
Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.31942018>.

[3] Secretaria Executiva Da Atenção Primária E Políticas De Saúde. Relatório Parcial Projeto Movimenta Saúde Mental na APS. Fortaleza; 2024.

[4] Tavares ALB et al. Uso da simulação realística em um curso de saúde mental virtual. *Rev Bras Educ Méd*. 2025;49(1):e001.

FORMAÇÃO MÉDICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFF

Luiz Albérico Araújo Montenegro¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Mais de uma década, após a edição da portaria N° 2.836, de 1° de dezembro de 2011, instituir a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI/LGBT) no âmbito do Sistema Universal de Saúde (SUS), as necessidades de saúde da população LGBT ainda são ignoradas em grande parte dos profissionais de saúde [1]. Crer-se relação com a formação dos profissionais de saúde durante processos educativos contidos nos componentes curriculares, destacando aspectos da sexualidade humana na atenção à saúde para além de aspectos biológicos. A ausência destes conteúdos nos anos iniciais da formação resulta na falta de acesso a atendimentos adequados, e, quando os realizam, muitas vezes, são atravessados por questões de preconceito, estigma e de caráter ético. Além disso, a formação em saúde, de acordo com as diretrizes curriculares em saúde (DCN) deve levar em consideração aspectos da dinâmica social, alicerçada na formação de profissionais generalistas, éticos e humanistas. No entanto, muitas das práticas colocadas no processo de ensino aprendizagem, parecem desconsiderar a totalidade social nas investigações das demandas de certos grupos vulnerabilizados. Desse modo, integrantes da população LGBT têm negado seus direitos aos serviços de saúde gerando processos de exclusão e atendimento enviesados em saúde. [2,3]

OBJETIVO

Ampliar a capacidade crítica/reflexiva entre discentes do curso de medicina quanto as questões subjetivas que envolvem o processo saúde-doença, bem como as relações da prática médica no adoecimento e opressão da comunidade LGBT. Fomentar processos de mudanças sobre os papéis e crenças dos profissionais de saúde, de forma a melhorar os ambientes de produção do cuidado em saúde. Promover Educação Permanente entre Docentes/Discentes alinhada com as Políticas Governamentais, DCNs e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) frente as especificidades da população LGBT.

METODOLOGIA

O tema é um dos diversos temas tratados na Disciplina de Campo Supervisionado 1 (TCS1), que acontece no segundo período do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense, na cidade de Niterói. Apresenta como eixo central: Produção do cuidado integral na perspectiva da integralidade e equidade na saúde. O processo de ensino/aprendizagem se constrói ao longo do semestre nas aulas de campo que acontecem em diversos cenários de ensino-aprendizagem como ambulatório trans João

1

Universidade Federal Fluminense. E-mail: luizmontenegro@id.uff.br

Nery de Niterói, Rodas de Conversas com o Grupo Mães Pela Diversidade, dramatização de cenários de atenção com mulheres trans do coletivo Transparente, população LGBT que usam hotel social da rede de Niterói, Associação Brasileira Interdisciplinar de HIV, Centro de Cidadania LGBT, Coletivo Movimento Sem Terra LGBT, etc. Também são discutidos textos e vídeos sobre a história de opressão, o ciclo de violências desde a infância em diversos espaços institucionais.

RESULTADOS

As avaliações realizadas pelos discentes apontam que existe uma “ressignificação” sobre a população específica, já que trazem experiências de banalização das vivências LGBTs marcadas por estereótipos; Possibilita a interação/contato entre discentes e diversos cenários /territórios de existências e aprendizagem ao aproximar a teoria de pessoas com seu lugar de fala; Percebem que não convivem com integrantes da população LGBT junto ao ciclo de amigos e familiares, pelo menos de forma explícita; “surpresa da diversidade na diversidade” quando são apresentadas as diversas possibilidades e interseccionalidades da orientação sexual e identidade de gênero, o que gera “vontade de conhecer mais sobre a temática”; Construção importante para restabelecer relações com grupos historicamente excluídos do contexto social; Desenvolvimento da sensibilidade, empatia e questionamentos sobre a prática médica diante de grupos marginalizados e vulnerabilizados; As estruturas das aulas em espaços de cuidar, em que todos os alunos são estimulados a expressar sua visão, sem medo de errar e de serem julgados é um estímulo à integração entre os alunos, professores e representantes dos movimentos sociais tornando o ambiente de aula muito mais agradável e prazeroso. Desenvolvimento de habilidades e competências para situações que necessitam de cuidados dialogados, mas do que uma prescrição médica; Visibilização dos direitos humanos em saúde e suas conexões com as DCNs; observaram que é necessário aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde e a implementação efetiva da PNSI/LGBT inseridas no contexto de Educação Permanente no SUS, reforçando, desta maneira, o compromisso com as necessidades e demandas dos usuários nos variados níveis de atenção dos serviços de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Tais questões precisam ser assumidas nos diversos espaços de formação como posturas de defesa da vida, dentro do espaço institucional, nesse caso a faculdade pública, alinhados aos princípios dos direitos humanos e constitucionais. É urgente que sejam contadas, com licença poética, as histórias que a história não conta, e que o avesso do mesmo lugar seja o lugar do reconhecimento das opressões, silenciamentos e negação de direitos como promotores de adoecimento, violências simbólicas, físicas, institucionais em uma negação da cidadania. As tensões exacerbadas frente a conjuntura atual de medidas conservadoras com apelos religiosos/moralistas, atravancam medidas no reconhecimento da diversidade, proteção à vida humana em suas mais variadas manifestações, estilos e forma de caminhar a vida. A inserção da temática nos cursos de graduação na saúde, principalmente de medicina, pode ser uma medida que aumente as boas práticas nos serviços de saúde frente as demandas da população LGBT.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- [2] Perucchi, J, Brandão B, Berto C, Rodrigues F. Silva, J. Brazil's Unified Health System (SUS) and Its Treatment for Transgender People. *Psychology*, 2014;5:1090-1094. doi: [10.4236/psych.2014.59121](https://doi.org/10.4236/psych.2014.59121).
- [3] Melo IR, Amorim TH, Garcia RB, Polejack L, Seidl EMF. O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *PSSA*. 2020;63-78. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1047>

FORMAÇÃO MÉDICA E VULNERABILIDADE SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA EXTENSÃO CURRICULARIZADA DO PROJETO COMUNIDADE NA UNIVASSOURAS

Juliano Martins De Marins¹
Gabriel Viveiros Da Glória
Júlia Pireda Felix Da Silva
Mariana Mello Dos Santos
Juan Pedro Filuszteck Ramos
Amanda Filuszteck Ramos
Arnaldo Alves Da Silva Júnior
Maria Luiza Freixo Temtemples
Maria Cristina Almeida De Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade social é um determinante central da saúde, interferindo diretamente no acesso aos serviços, na continuidade do cuidado e na qualidade de vida das populações. Grupos expostos à pobreza, insegurança, violência e exclusão enfrentam maiores riscos de adoecimento e menores oportunidades de cuidado. Nesse contexto, é urgente que a formação médica articule conhecimentos técnico-científicos a uma compreensão crítica dos determinantes sociais do processo saúde-doença. O Curso de Medicina da Univassouras, atento a essa necessidade, incorporou à sua matriz curricular o “Projeto Comunidade”, estratégia de extensão curricularizada que promove a inserção precoce dos estudantes em territórios socialmente vulneráveis. Por meio de visitas domiciliares, acompanhamento de famílias e ações educativas, os discentes desenvolvem competências clínicas e habilidades sociocomportamentais, vivenciando os desafios do trabalho na atenção primária (APS). Além disso, elaboram um projeto de intervenção, documentado na plataforma Dreamshaper®. Essa experiência contribui para uma formação crítica, humanizada e alinhada aos princípios do SUS, como a integralidade, equidade e participação social. Ao se aproximarem da realidade das comunidades, os estudantes ampliam seu olhar sobre o cuidado, fortalecem o compromisso com a justiça social e se preparam para atuar com responsabilidade e empatia.

OBJETIVO

Apresentar a contribuição do “Projeto Comunidade” na formação médica, evidenciando sua capacidade de articular saberes acadêmicos, científicos e populares, conectando-os à realidade social dos territórios. O projeto integra ensino, pesquisa e extensão com foco na determinação social da saúde. Os registros na plataforma Dreamshaper® valorizam os projetos de intervenção e reforçam o papel do estudante como agente de transformação social.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, baseado nas vivências de discentes do curso de Medicina da Univassouras em atividades na comunidade, por meio do Projeto Comunidade. Integrante na matriz curricular, o projeto, ocorre nos períodos iniciais da graduação (1º. ao 3º.) e promove à inserção dos estudantes em comunidades socialmente vulneráveis. Os alunos, organizados em grupos e supervisionados por docentes, realizam visitas domiciliares a famílias previamente selecionadas. Nessas visitas, realizam práticas clínicas básicas, escuta qualificada e orientações em saúde, além de desenvolverem intervenções educativas baseados nos determinantes sociais da saúde. As ações são registradas na plataforma Dreamshaper, que permite acompanhar o progresso dos estudantes e sistematizar competências clínicas e fomentar habilidades sociocomportamentais. Ao fim de cada período, cada grupo de estudantes elabora uma análise crítica da realidade da família atendida e propõe intervenções educativas contextualizadas, promovendo o cuidado integral, ético e solidário, em consonância com os princípios do SUS e às competências descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

RESULTADOS

A participação no Projeto Comunidade, da Univassouras, configura-se como uma experiência inovadora na formação médica, ao articular conhecimentos teóricos com as realidades enfrentadas por famílias em situação de vulnerabilidade social. Essa vivência possibilita aos estudantes propor ações voltadas à transformação social e ao cuidado em saúde. A atuação precoce em territórios marcados por desigualdades econômicas, sociais e de acesso aos serviços permite a compreensão prática da complexidade e multicausalidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso contribui para a superação da visão biomédica, ao evidenciar as condições precárias de vida, insegurança alimentar, baixa escolaridade e vínculos frágeis com a atenção básica, fatores que influenciam diretamente os indicadores de morbimortalidade.

Durante as visitas domiciliares, com supervisão docente, os estudantes estabelecem vínculos com as famílias, possibilitando a realização de anamneses, aferição de sinais vitais e ações educativas. Observa-se a prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, agravadas pela falta de acesso contínuo a medicamentos e informação. Estudos demonstram que o controle dessas doenças está relacionado ao nível de escolaridade e ao acesso à APS (1), reforçando a importância de ações educativas. Identificaram-se também dislipidemias, baixa adesão a tratamentos e ausência de autocuidado, em consonância com a literatura (2).

O registro reflexivo na plataforma Dreamshaper favorece o desenvolvimento da empatia, escuta ativa e trabalho em equipe. O projeto é finalizado com a elaboração e registro de uma proposta educativa baseada em evidências, consolidando uma postura crítica, cidadã e comprometida com os princípios do SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Projeto Comunidade consolida-se como uma prática formativa potente ao integrar os fundamentos da determinação social da saúde à formação médica. A curricularização da extensão e a utilização da plataforma Dreamshaper conferem sistematização, reflexividade e inovação ao processo de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento de competências clínicas, comunicativas e humanísticas desde os primeiros períodos do curso. A experiência possibilita, não apenas o fortalecimento do vínculo entre estudantes e comunidade, mas também contribui de forma significativa para a transformação social, por meio de intervenções educativas, ações de cuidado pautadas na escuta ativa, no respeito às singularidades locais e na promoção da equidade em saúde. Assim, o projeto se destaca como uma estratégia pedagógica integradora, inovadora, transformadora e comprometida com uma formação médica crítica, ética e socialmente engajada.

REFERÊNCIAS

- (1) Unesco. Educação transformadora: princípios para inovar no ensino superior. Paris: Unesco; 2021.
- (2) Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS – PNEPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- (4) Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
- (5) Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.

FORMAÇÃO-AÇÃO COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL PARA AS MULHERES

Virgínia da Silva Corrêa¹

Luiza Dutra Garcia

Gislei Siqueira Knierim

André Luiz Dutra Fenner

Camila Lima Gomes

Francilene Menezes dos Santos

Rosely Fabrícia de Melo Arantes

Elizete Maria Pinto da Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Curso de Especialização *Lato Sensu* e Livre em Direitos Humanos, Participação Social e Promoção da Saúde das Mulheres, realizado pelo Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho da Fiocruz Brasília, no período de março de 2024 à março de 2025, com carga horária de 390 (trezentas e noventa) horas, foi destinado a mulheres, conduzido por mulheres e voltado para mulheres, teve o desafio de por meio da formação-ação dialogar e refletir sobre Direitos Humanos, promover a Participação Social e fortalecer as políticas públicas intersetoriais para mulheres.

Esta Formação foi desenvolvido de forma simultânea para educandas com graduação, que estavam vinculadas a Especialização e sem graduação, vinculadas ao Curso Livre, proporcionou acesso à formação de maneira equitativa e promoveu a troca de conhecimentos e experiências de forma horizontal entre as participantes, independentemente de terem ou não graduação. Essa estratégia facilita a troca de saberes entre mulheres com diversas experiências e formações.

OBJETIVO

E teve como objetivo geral contribuir na qualificação do debate e na construção de novos conhecimentos e saberes sobre Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho com ênfase na Saúde Integral das Mulheres na perspectiva da garantia por Direitos Humanos, Participação Social e no fortalecimento das políticas públicas intersetoriais.

METODOLOGIA

Já com relação a metodologia, está referenciada nos princípios da Educação Popular, Educação Permanente em Saúde e Educação do Campo [1-3]. Adotando a problematização do processo de trabalho e a contextualização da realidade numa perspectiva crítica e dialética de intervenção com vistas à transformação da realidade vivenciada. Gerando aprendizagem significativa, incentivando a

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: virginia.correa@fiocruz.br

cogestão de coletivos, qualificando a ação e proporcionando o empoderamento e protagonismo das mulheres [4-6].

O percurso pedagógico/metodológico propõe uma pedagogia contextualizada, com a interação de diversos saberes, formações, métodos, assim como dinâmicas e práticas pedagógicas tradicionais, populares, vivenciais e interativas, buscando tornar as educandas protagonistas na construção de novos saberes e práticas no cuidado em saúde¹.

Os conteúdos foram organizados por módulos, que abordaram: Determinação Social da Saúde, Sociedade e Políticas Públicas para a Saúde das Mulheres; Direitos Humanos, Saúde da Mulher e Participação Social; Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho; e Metodologia. E estão estruturados em competências e habilidades, que permitem uma integração harmoniosa dos conhecimentos (saberes), das habilidades (saber fazer) e das atitudes (saber ser e saber agir).

RESULTADOS

Como resultado destacamos que o processo de formação-ação promoveu o reconhecimento da produção de conhecimentos das mulheres, com as mulheres e para mulheres, reforçando a relevância da interseccionalidade e da participação social na promoção da saúde com equidade de gênero.

O curso reuniu educadoras e educandas de diversas regiões do Brasil para discutir as temáticas dos direitos humanos, da promoção da saúde das mulheres e da participação social, também foram abordadas questões como interseccionalidade, políticas públicas, bioética e envelhecimento. Dimensões que buscaram contribuir para o fortalecimento de redes de apoio e para a qualificação de profissionais comprometidas com a transformação social e um outro mundo, verdadeiramente equânime.

Importante ressaltar que as nossas educandas eram de diversas áreas como profissionais da saúde, profissionais da área das ciências sociais, profissionais da educação, profissionais da área de comunicação, além de membros de movimentos sociais, agricultoras familiares e artesãs. E com atuação na gestão; nos serviços de justiça; na área da saúde; na educação; no legislativo; e nas comunidades em diversos locais do país.

Chegaram ao final da formação-ação 58 (cinquenta e oito) mulheres, destas (52 educandas do Curso de Especialização, e 5 educandas do Curso Livre), e foram desenvolvidos 38 (trinta e oito) projetos de integração dessas educandas com outras mulheres em seus territórios.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que o Curso foi uma importante iniciativa para o fortalecimento de redes de apoio entre mulheres de diferentes áreas e regiões do Brasil, e incentivou o protagonismo feminino na construção e implementação de políticas públicas intersetoriais⁷.

A abordagem metodológica adotada permitiu que as educandas se apropriassem criticamente dos conteúdos, aplicando-os em seus contextos de atuação e promovendo transformações concretas

nos territórios em que estão inseridas. O desenvolvimento dos projetos de integração reforça esse impacto, demonstrando a efetividade da formação-ação na articulação entre teoria e prática¹.

Por fim, o curso reafirmou a importância da interseccionalidade e da participação social na promoção da saúde e na garantia dos direitos das mulheres, onde pelo caminho da educação, proporcionou a transformação social e contribui para a promoção da equidade de gênero, fortalecendo um movimento coletivo que continuará a reverberar em suas comunidades e espaços de atuação⁸.

REFERÊNCIAS

- (1) Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- (2) Brandão CR. O que é educação popular. São Paulo: Brasiliense; 1985.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 2007 ago 22;Seção 1:50.
- (6) Arroyo MG. Educação do campo e pesquisa: questões para reflexão. In: Molina MC, organizadora. Educação do campo: diferença, desigualdade e diversidade. Brasília, DF: INEP/MEC; 2010.
- (7) Hooks b. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.
- (8) Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

GÊNERO, SAÚDE E CIDADANIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE CIDADANIA LGBTQIA+

Larissa Mayara Fernandes¹

Desirre Mathias Pinheiro da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental, assegurado pela Constituição Federal de 1988, que preconiza a universalidade, integralidade e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, grupos marginalizados, como a população LGBTQIA+, enfrentam barreiras no acesso a esse direito devido à discriminação, exclusão social e desigualdades estruturais. [1] A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, instituída pela Portaria nº 2.836/2011, [2] destaca os impactos das opressões, como lesbofobia e transfobia, no processo saúde-doença, apontando a necessidade de políticas inclusivas.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Democracia e Saúde”, reforçou a importância da participação social na defesa do SUS como instrumento essencial para garantir saúde para todos. [3] Nesse contexto, políticas públicas inclusivas, como o Programa Rio Sem LGBTQIAfobia, são fundamentais para reduzir desigualdades, garantindo, por exemplo, o uso do nome social e disponibilizando um canal de denúncia contra LGBTQIAfobia, em parceria com a Central 1746.

OBJETIVO

Analisar, sob a ótica da determinação social da saúde, o impacto de um Centro de Cidadania LGBT na vida de seus usuários, evidenciando seu papel na promoção da inclusão, equidade e atenção integral à saúde.

METODOLOGIA

Este relato de experiência foi desenvolvido com base na vivência da autora, estudante de medicina, no Centro de Cidadania LGBT de Petrópolis – RJ, entre fevereiro e junho de 2024. A metodologia adotada incluiu observação participante e análise de conteúdo temática. Durante cinco meses, a autora acompanhou atividades no Centro, focando nas barreiras ao acesso à saúde pela população LGBTQIA+.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com um usuário, com perguntas abertas, e diálogos com a equipe do Centro, incluindo psicólogos e gestores. A análise buscou identificar categorias que evidenciam a importância da promoção da saúde integral dessa população.

Os cuidados éticos envolveram consentimento informado, confidencialidade e anonimato dos

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/ Faculdade de Medicina de Petrópolis
E-mail: larissamf@alu.unifase-rj.edu.br

participantes. A metodologia permitiu compreender as necessidades de inclusão e o impacto do Centro na redução das desigualdades no acesso à saúde, em consonância com os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

RESULTADOS

Minha experiência no Centro de Cidadania LGBT de Petrópolis (RJ) foi enriquecedora, proporcionando uma visão ampla sobre as dificuldades enfrentadas pela população LGBTQIA+ no acesso a serviços essenciais como saúde e educação. A partir de relatos de usuários, observações no Centro e da literatura existente, pude compreender mais profundamente a importância do acolhimento humanizado e de serviços especializados para essa comunidade.

Os relatos dos usuários corroboraram achados na literatura sobre violência institucional e discriminação no atendimento em saúde. Estudos destacam a vulnerabilidade da população LGBTQIA+ diante dessas barreiras, que levam à evasão escolar e ao preconceito no ambiente médico[4,5]. O impacto psicológico, incluindo exclusão social e violência moral, evidenciam como a falta de acolhimento adequado agrava as condições de saúde dessa população.

A prática de linguagem neutra e empatia no atendimento médico, observada durante minha vivência, alinha-se às análises de, que ressaltam o impacto positivo dessas ações na formação de vínculos de confiança e na longevidade do cuidado [6].

Essa vivência não apenas ampliou minha compreensão sobre as realidades enfrentadas pela população LGBTQIA+, mas também me impulsionou a defender os princípios do SUS, promovendo uma saúde pública mais igualitária e inclusiva, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a Conferência Nacional de Saúde, que reforçam a importância da participação social e do acesso universal à saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência no Centro de Cidadania LGBT destacou a importância da promoção da saúde integral e da cidadania para a população LGBTQIA+. O Centro é essencial no enfrentamento das desigualdades, oferecendo suporte social, psicológico e jurídico. Além de garantir direitos, contribui para a inclusão e a qualidade de vida dos usuários.

A análise revelou que políticas públicas que abordem gênero e saúde são fundamentais para assegurar o acesso equitativo, combatendo a discriminação e a exclusão social. Além disso, reforça-se a necessidade de um atendimento humanizado, respeitando a identidade de gênero e combatendo o estigma, com inclusão dessas temáticas nos cursos de graduação.

A capacitação profissional e a ampliação de serviços especializados são essenciais para garantir atendimento integral. A articulação entre saúde e assistência social fortalece políticas públicas, promovendo equidade e cidadania plena para todos.

REFERÊNCIAS

- (1) Chaves GC, et al. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. Physis [Internet]. 2019;29. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290121>
- (2) Conselho Federal de Farmácia (Brasil). Mortes por infecções bacterianas resistentes a antibióticos devem chegar a 39 milhões até 2050 [Internet]. Brasília, DF: CFF; 2025. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/10/03/2025/mortes-por-infeccoes-bacterianas-resistentes-a-antibioticos-devem-chegar-a-39-milhoes-ate-2050>
- (3) Conselho Regional de Farmácia (Rio Grande do Sul). Levantamento aponta os antimicrobianos como a principal classe terapêutica em falta nas farmácias [Internet]. Disponível em: <https://www.cfrs.org.br/noticias/levantamento-do-crf-rs-aponta-os-antimicrobianos-como-a-principal-classe-terapeutica-em-falta-nas-farmacias>
- (4) Rodrigues PHA, et al. Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022;38(Suppl 2):e00201921. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT00201921>
- (5) Okita GM. Análise da dependência da indústria farmacêutica brasileira de insumos farmacêuticos ativos (2000-2020) [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2022.

GÊNERO, SAÚDE E ENFERMAGEM: O QUE MUDOU APÓS 20 ANOS DA 65ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM?

Mariana Barbosa de Araujo¹

Aline Furtado da Rosa

Rosângela da Conceição Sant'Anna Amaral

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn) é um evento promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, há 85 anos no Brasil, viabilizando comemorações ao dia do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, com objetivo de unificar e promover o debate de temas de importância estratégica para o desenvolvimento técnico, científico, político, educacional e sociocultural da profissão. [1] A primeira foi instituída pelo presidente da república Getúlio Vargas, através do Decreto nº 2956, de 10 de agosto de 1938. O início desta semana deu-se em 12 de maio, celebrando o nascimento de Florence Nightingale em 1830, e o seu término em 20 de maio, rememorando o falecimento de Anna Nery em 1880, o que permanece até os dias atuais. [2]

Em 2004, tivemos a 65ª SBEn que teve como tema oficial: Gênero, Saúde e Enfermagem. [3] No Brasil, o ano em questão foi decretado como sendo o Ano da Mulher, através da lei nº 10.745/2003 sancionada pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. O 2º artigo da lei aponta que o poder público promoveria a divulgação e comemoração, visando condições de igualdade e justiça na inserção da mulher na sociedade. [4] Diante disso, o tema da 65ª SBEn conversava perfeitamente com o ano em questão, era um momento favorável para discutir, principalmente gênero, e saúde no Brasil. Vinte anos se passaram e quais foram os avanços que tivemos em relação a esse debate no nosso país?

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é identificar o que houve de avanço no debate acerca da temática Gênero, Saúde e Enfermagem nos anos que sucederam a 65ª Semana Brasileira de Enfermagem. Com isso, temos o seguinte objeto de estudo: os avanços na literatura sobre o tema Gênero, Saúde e Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa. A pesquisa tem como tema Gênero, Saúde e Enfermagem e como questão norteadora a seguinte pergunta: O que há disponível na literatura relativo a Gênero, Saúde e Enfermagem? Para compor a amostra foram incluídos artigos nacionais, manuais do Ministério da Saúde Brasileiro e Políticas Públicas com textos completos disponíveis gratuitamente no “Portal de Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

1

Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: enfamarianabarb@gmail.com

Nível Superior (CAPES)” e nos sites oficiais do Governo, provenientes de todos os tipos/abordagens de pesquisa. Nos anos de 2004 a 2024, compreendendo os 20 anos desde a 65ª Semana Brasileira de Enfermagem. A seleção dos artigos ocorreu por meio da sequência: leitura de título-resumo e leitura do texto integral, somente utilizados textos em português. Foram excluídos artigos duplicados e que não abordavam diretamente a temática proposta. A seleção das publicações foi realizada no período de 28/01/2025 à 28/02/2025. A amostra final foi composta por 10 documentos, entre artigos, manuais do ministério da saúde e políticas públicas.

RESULTADOS

Dentre os documentos da amostra, tivemos 3 políticas públicas, 1 lei e 6 artigos. Pode-se observar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (2005) foram desenvolvidas no mesmo ano ou no ano seguinte a 65ª SBEn, o que indica momento propício para discutir sobre o tema e que gerou resultados, já que, políticas públicas foram estabelecidas.[5] Em 2011, tivemos a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, importante para entender gênero de uma forma mais ampla. [6] Já em 2022, a lei dos Direitos Sexuais e Reprodutivos foi alterada, revogando a necessidade de consentimento do cônjuge para realizar esterilização cirúrgica e modificou a idade para 21 anos e/ou 2 filhos vivos. Essa alteração permitiu mais autonomia para todos, mas principalmente para mulheres que por vezes não possuem direito pleno sobre seus corpos.

A ciência do cuidado está nas mãos da enfermagem, tanto é que se tornou uma forma de descrever a atuação do profissional de enfermagem. Fazendo um resgate histórico da forma como a profissão se estabeleceu, temos o cuidado oferecido aos mais necessitados, um ato de caridade prestado por mulheres. A arte do cuidar, na forma mais ampla, sempre esteve atrelada à figura feminina, reforçando a sociedade machista e patriarcal. Tratando-se de uma profissão que a base é prestar assistência do cuidado, e o cuidado ser uma ação intimamente associada às mulheres, entendesse o porquê de ser uma profissão majoritariamente feminina.[2] No mundo atual, homens e mulheres estão inseridos no mercado de trabalho, ainda assim, vemos nas unidades de saúde predominantemente mulheres buscando o serviço ou acompanhando usuários.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar de duas décadas terem se passado, pouco se discutiu sobre gênero, saúde e enfermagem. Para além das diferenças entre gênero que podemos observar na formação dos diferentes profissionais da área da saúde, e a diferença explícita entre homens e mulheres na busca pelos serviços de saúde, temos também o acesso dificultado de usuários com expressões de gênero, ou sexualidade, que não se encaixam na binaridade, seja por profissionais não capacitados ou por unidades sem insumos para atender as necessidades desses usuários. Desta forma, podemos ver o atraso nesses últimos vinte anos, visto que, pouco avançamos, e a literatura segue escassa. Para estabelecer novas políticas públicas é

necessário que pesquisas sejam desenvolvidas e o debate estimulado, tornando possível entender a realidade do grupo ou da questão estudada. Somente assim, será possível compreender as necessidades e promover uma saúde mais equânime, universal e integrada, como o Sistema Único de Saúde prevê.

REFERÊNCIAS

- [1] Rizzotto MLF. Resgate histórico das primeiras Semanas de Enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006;59(esp):423–7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000700007>;
- [2] Coelho EAC. Gênero, saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005May;58(3):345–8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300018>;
- [3] Silva MTN. Semana Brasileira de Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 1997Apr;50(2):151–2. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671997000200001>;
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. 2004 ano da mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf;
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf;
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TUTORIAL NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET-SAÚDE)

Vitória Pinheiro Teixeira¹

Gabriela Casado

Thamires Monteiro de Medeiros

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O desabastecimento de medicamentos já é considerado um problema de saúde pública e representa um obstáculo importante para a garantia do acesso, consequentemente, do direito à saúde (1). Tal situação compromete diretamente a Política de Assistência Farmacêutica que orienta a integralidade dos serviços e cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS). Quando o assunto são os antibióticos, os desafios são gigantes, pois estamos falando do crescimento dos óbitos atribuídos a resistência antimicrobiana, que passou de 1,06 milhão por ano em 1990 para 1,14 milhão em 2021. E esses valores devem aumentar em todas as regiões do mundo de forma mais acelerada comparado às últimas décadas (2). Essa classe terapêutica também tem sido apontada como uma daquelas que apresentam maior situação de desabastecimento sanitário tanto na rede privada quanto na rede pública (3). A insegurança no tratamento com antibióticos revela a fragilidade que o país enfrenta em garantir o acesso à saúde. Esse e outros agravos nos convocam a romper com a dependência do mercado externo no setor farmacêutico e a necessidade de pensarmos política industrial farmacêutica na direção da soberania nacional. Esse trabalho é parte de um projeto que visa extrair dados e analisar o papel do Estado brasileiro para o setor de insumos e medicamentos a luz da Teoria Marxista da Dependência.

OBJETIVO

O objetivo é relatar a experiência de um grupo tutorial do PET-Saúde na construção de ações em saúde voltadas à população trans, destacando os aprendizados, os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para o enfrentamento das iniquidades e a promoção da equidade de gênero no Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa e fundamentação na determinação social da saúde. As atividades foram realizadas entre 2022 e 2023, envolvendo estudantes de medicina, enfermagem e fonoaudiologia, docentes da saúde coletiva e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). O grupo realizou encontros semanais com discussões

1 Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. E-mail: vitoria.teixeira@aluno.fcmsantacasasp.edu.br

teóricas, rodas de conversa, produção de diários de campo, visitas técnicas e participação ativa em espaços de controle social, como as pré-conferências regionais de saúde. As visitas aos serviços de saúde, a escuta de profissionais e usuários e o levantamento bibliográfico sobre políticas públicas de saúde trans subsidiaram a análise crítica do contexto atual [2,4]. Como estratégia educativa, iniciou-se a co-construção de um jogo formativo em parceria com moradoras da Casa Florescer — Centro de Acolhida Especial (CAE) para mulheres trans e travestis em situação de vulnerabilidade, gerenciado pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social da cidade de São Paulo.

RESULTADOS

A experiência revelou importantes barreiras institucionais que impactam negativamente a atenção à saúde da população trans, incluindo a ausência de dados desagregados por identidade de gênero, a desarticulação entre os níveis de atenção e a falta de formação específica dos profissionais de saúde [5]. Observou-se que a estrutura dos sistemas de informação do SUS ainda opera sob uma lógica excludente, impossibilitando o planejamento adequado de políticas públicas. Nesse contexto, a participação do grupo em duas pré-conferências de saúde, nos territórios de Santa Cecília e Sé, foi essencial para compreender a dinâmica do controle social e propor mudanças concretas. A proposta formulada pelo grupo — de inclusão da identidade de gênero e orientação sexual nos formulários do SUS, vinculada à estratégia de saúde digital com interoperabilidade entre sistemas — foi acolhida pelos conselheiros presentes e incorporada aos relatórios finais das conferências regionais. A vivência nesses espaços destacou o papel das conferências como instrumento de democratização das políticas públicas e permitiu aos estudantes exercerem sua cidadania de maneira ativa e comprometida. Além disso, a partir da escuta das usuárias por meio de entrevistas e da inspiração no jogo No Lugar Dela — uma ferramenta educativa desenvolvida pela Universidade de São Paulo (USP) para sensibilização de profissionais sobre violência de gênero [6] —, o grupo iniciou o desenvolvimento de um jogo baseado em narrativas reais, com o objetivo de promover empatia e humanização do cuidado. A construção do jogo foi realizada a partir de histórias compartilhadas por pessoas trans, sendo assim pretende ser uma ferramenta de educação permanente em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A vivência no PET-Saúde evidenciou a potência da articulação entre ensino, serviço e comunidade como estratégia formativa e transformadora. A atuação com a população trans permitiu compreender, de forma situada, os impactos das desigualdades sociais na saúde, como a dificuldade de acesso e a não garantia do nome social. A experiência destacou a importância da escuta, empatia e justiça social nas práticas em saúde. O enfrentamento das iniquidades exige dados qualificados, participação popular e práticas pedagógicas que deem visibilidade às vozes silenciadas. Apesar dos desafios — como a ausência de dados estruturados e a complexidade da territorialização —, o projeto reforça o papel das universidades na promoção de um SUS verdadeiramente inclusivo.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Brasília, DF: MS; 2013.
- (2) Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans aos serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2019;35(4):e00111318.
- (3) Oliveira GS et al. The experience of trans women in accessing public health services. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 2):e20210713.
- (4) Ramos ALBM et al. Abordagem dos profissionais de saúde frente à transexualidade no SUS. REAS. 2021;13(11):e9121.
- (5) Rocon PC et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil. Trab Educ Saúde. 2020;18(1):e0023469.
- (6) Schraiber LB, Pires AF. No Lugar Dela: jogo de sensibilização para profissionais da saúde sobre violência de gênero. CNPq; 2020.

GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL NA APS: CAMINHOS DE CUIDADO PARA POPULAÇÕES IMPACTADAS POR DETERMINANTES SOCIAIS

Fernanda Nunes Prata¹

Isadora Aiello Tassi

Juliana de Souza e Costa Nazareth

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os números crescentes de pacientes na rede do SUS em busca de atendimento relacionado a saúde mental¹ evidencia a importância do tema dentro do âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo, particularmente, necessário e desafiador pensar em estratégias para estender este acesso às populações vulnerabilizadas por determinantes sociais—como econômicos, culturais, étnicos/raciais e/ou psicológicos². Esses fatores impactam diretamente a forma como indivíduos vivenciam o sofrimento psíquico e acessam os serviços de saúde. Diante desse cenário, os grupos terapêuticos emergem como possibilidades potentes para que, a partir de uma perspectiva psicossocial, seja possível ampliar a prevenção e a promoção de saúde da população, ampliando os cuidados em saúde mental com eficiência e maior alcance³—e prevenindo o desenvolvimento de questões psicossomáticas. O acesso à assistência psicológica na atenção primária, por meio de grupos terapêuticos, viabilizando o atendimento e o acolhimento da população antes do desenvolvimento de patologias mais graves—ou em estágios menos avançados, se mostra estratégia importante para evitar a demanda por serviços especializados e de custos mais elevados. A bibliografia recente mostra que os grupos terapêuticos se mostram como ferramenta viável, acessível e humanizada dentro da APS, sendo capazes de considerar e cuidar da complexidade das demandas psíquicas dos sujeitos—sobretudo aqueles atravessados por vulnerabilidades sociais².

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo discutir, a partir de uma breve revisão bibliográfica, o potencial dos grupos terapêuticos como estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Primária, especialmente para populações impactadas por determinantes sociais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, realizada a partir da busca de artigos científicos, livros e documentos oficiais nas bases de dados SciELO, ProPsic e revistas. Os descritores utilizados incluíram “saúde mental”, “atenção primária à saúde”, “grupos terapêuticos” e “determinantes sociais da saúde”. Foram selecionadas publicações científicas, priorizando estudos que

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail fernandanp@alu.unifase-rj.edu.br

abordassem práticas de cuidado coletivo, promoção da saúde mental e estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais no contexto da APS. A análise do material foi realizada com base na leitura crítica e na identificação de categorias temáticas que articulam os conceitos de saúde, território, cuidado em grupo e vulnerabilidade social.

RESULTADOS

A revisão bibliográfica revelou que os grupos terapêuticos na Atenção Primária à Saúde oferecem uma abordagem eficaz para o cuidado em saúde mental, especialmente para populações afetadas por determinantes sociais, econômicos e ambientais². Os grupos têm mostrado potencial para reduzir barreiras de acesso aos serviços de saúde mental, promovendo o cuidado coletivo e ampliando a escuta qualificada³. Além disso, ao facilitar a troca de experiências e o fortalecimento de vínculos, esses grupos ajudam a prevenir complicações psicossomáticas⁴, evitando que os pacientes busquem serviços especializados em estágios mais avançados, o que pode gerar custos mais elevados. A literatura também destaca que, quando realizados na Atenção Primária, esses grupos possibilitam atender um número maior de pessoas, otimizando os recursos disponíveis e ampliando o alcance dos serviços de saúde mental, sem sobrecarregar a rede de serviços especializados. Essa abordagem contribui para promover a equidade no acesso ao cuidado psicológico, especialmente em comunidades vulneráveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os grupos terapêuticos na Atenção Primária à Saúde demonstram grande potencial para enfrentar as desigualdades no acesso à saúde mental, atendendo a um público maior e mais diversos. Eles oferecem um cuidado mais acessível, eficiente e equitativo, prevenindo complicações psicossomáticas e a sobrecarga dos serviços especializados. Ao integrar essas práticas na APS, é possível ampliar o alcance do cuidado psicológico, reduzir disparidades e promover uma abordagem mais ampla e inclusiva à saúde mental, contribuindo, também, para a otimização de recursos e a redução de custos—e fortalecendo, assim, a saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Martins B. Setembro Amarelo: número de pacientes na rede do SUS especializada em saúde mental dobra no Rio em três anos [Internet]. Rio de Janeiro: O Globo; 2024 Sep 30 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://oglobo.globo.com/rio/noticia/2024/09/30/setembro-amarelo-numero-depacientes-na-rede-do-sus-especializada-em-saude-mental-dobra-no-rio-em-tresanos.ghtml>
- (2) Alves ES, Francisco AL. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicol Cienc Prof*. 2009;29(4):768-79.
- (3) Benevides DS, Lopes CL, Machado LDS, Barros SG. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2010 Jan-Mar;14(32):127-38.
- (4) Ramos D. A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença. Rio de Janeiro: Summus Editorial; 2006.

HACIA UN ECUADOR SIN DCI: EL CAMINO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Renata Paola Arequipa Toapanta¹

Estefani Jarrin

INTRODUCCIÓN

En Ecuador, dos de cada diez niños padecen desnutrición crónica infantil (DCI), una condición multicausal que ha motivado respuestas por parte del Estado. Desde 1960, se han identificado alrededor de 48 iniciativas (1) y desde 2009, se incluye un enfoque intersectorial centrado en los determinantes de la DCI. Referentes como la Carta de Ottawa (1986) (2) y el marco conceptual propuesto por Unicef para el abordaje de la DCI,(3) han guiado estos esfuerzos. Sin embargo, en 2019, el país aún presentaba una de las prevalencias más altas en la región (4).

Este informe, presenta la experiencia de Ecuador en políticas públicas para abordar la DCI. Primero, se analizan cuatro políticas de la última década, que comparten la intersectorialidad como eje: Política para la Reducción Acelerada de la Mala Nutrición (PRAMIE), Acción Nutrición (AN), Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición (PIANE) y la política vigente, Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI). Se examina la evolución de esta última, utilizando el ciclo de las políticas como marco de análisis (5). Finalmente, se abordan los avances de la política actual, que podrían haber contribuido a revertir la tendencia creciente de la DCI.

OBJETIVO

Analizar la trayectoria de las políticas públicas para enfrentar la desnutrición crónica infantil en Ecuador, destacando el papel de la intersectorialidad, con énfasis en los avances de la política actual, Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, e identificando elementos clave, aprendizajes y desafíos para aportar a la construcción de respuestas integrales y sostenibles.

METODOLOGÍA

El análisis de las políticas frente a la DCI muestra una progresiva consolidación del enfoque intersectorial. PRAMIE marcó un punto de partida al introducir la coordinación entre sectores sociales; AN fortaleció el enfoque en seguridad alimentaria; PIANE aborda la nutrición a lo largo del ciclo de vida; mientras que ENECSDI amplía estos aprendizajes, consolidando mecanismos de corresponsabilidad, sistemas de información e incorporación estructurada de la sociedad civil a través del Consejo Consultivo, fortaleciendo los espacios de gobernanza.

Respecto al abordaje de determinantes estructurales y subyacentes, AN y PIANE promovieron huertos familiares y guías alimentarias; AN destaca por sus materiales educativos para promover la lactancia y alimentación complementaria; y ENECSDI por su paquete integral de servicios y priorización territorial desde un enfoque de equidad.

A diferencia de estrategias anteriores, la ENECSDI logró posicionarse como prioridad nacional, con respaldo político, el impulso de la sociedad civil y la cooperación internacional. Su formulación, basada en un enfoque sistémico y participativo, permitió superar barreras como la débil articulación y fragmentación de información, dando lugar a una política operativamente intersectorial, con la creación de una instancia articuladora de alto nivel.

La implementación combina liderazgo central (top-down) con participación territorial (bottom-up), fortaleciendo el primer nivel de atención, mejorando la coordinación entre sectores. Un elemento clave, es la incorporación explícita de la evaluación como parte del ciclo de política, a través de mandato ejecutivo. Como avance, la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil reportó una reducción de la prevalencia al 20,1%, marcando un punto de inflexión tras décadas de estancamiento (6).

Entre 2021 y 2023, la ENECSDI consolidó acciones clave la provisión de servicios, con el aumento de controles prenatales y control del niño sano, que alcanzó la cifra más alta de los últimos ocho años. En coherencia con los principios de APS bajo el cual opera el sistema de salud, se promovió la contratación de personal comunitario y de primer nivel, incluyendo por primera vez a nutricionistas comunitarios y profesionales en promoción de la salud. La adopción de la Metodología de Presupuesto por Resultados permitió mejoras en la planificación y seguimiento financiero de las intervenciones. Además, se muestra la mejora de los sistemas de información, con la creación del sistema universal SUUSEN, integrando datos de seis instituciones para el monitoreo de la política (7).

Estos avances evidencian una mejora en torno a la articulación interinstitucional y el uso eficiente de los recursos, consolidando a la política contra la DCI como una intervención estratégica con proyección de sostenibilidad.

CONSIDERACIONES

Lecciones aprendidas: El liderazgo presidencial, la voluntad política y una instancia articuladora facilitaron la coordinación intersectorial, que, junto con la creación de mesas intersectoriales locales, fortalecieron la gobernanza en todos los niveles. La focalización territorial en zonas vulnerables permitió una distribución equitativa de recursos y la acción pertinente de iniciativas multisectoriales. El sistema universal de seguimiento nominal a la población objetivo se constituye como un hito clave y replicable en otras políticas sociales. El análisis de este informe, permite identificar prioridades y líneas estratégicas, como el uso de información para la toma de decisiones y la necesidad de proyectos integrales para apoyo a los gobiernos locales, desde la sociedad civil.

Desafíos pendientes: Asegurar financiamiento sostenible más allá del ciclo político. Ampliar el paquete priorizado con servicios clave como agua y saneamiento. Fortalecer el rol del Consejo Consultivo. Implementar estrategias educomunicacionales sostenidas y culturalmente pertinentes.

REFERENCIAS

- (1) Vicepresidencia de la República. Ecuador sin Desnutrición–Una ruta trazada hacia la erradicación de la desnutrición crónica infantil. Quito; 2021.
- (2) Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa; 1986.
- (3) Unicef. Mejorar la nutrición infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr. 2013.
- (4) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. 2018.
- (5) Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353–70.
- (6) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil. Quito; 2023.
- (7) STECSDI. Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición infantil. Quito; 2023.

HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA EM ADULTOS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019

Maria Luiza Barreto Medeiros da Silva¹

Camilla Christine de Souza Cherol

Wellington Lugão da Cunha

Julia Magalhães Cabral

Iuri Matheus Cabral

Eloah Costa de Sant Anna Ribeiro

Aline Alves Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência são aquelas que apresentam impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (1). Em 2021, 16% da população mundial tinham alguma deficiência (2). No Brasil, em 2022, o percentual foi de 8,9% entre pessoas com dois anos ou mais (3). Apesar dos avanços em políticas públicas, como o Plano Viver sem Limites e a Lei Brasileira de Inclusão, pessoas com deficiência ainda enfrentam barreiras no acesso à saúde (4). Fatores como baixa renda, menor escolaridade, falta de transporte, dificuldades de comunicação e ausência de equipamentos acessíveis contribuem para o não atendimento de suas necessidades (2,4). Esses obstáculos, associados à falta de cuidados médicos adequados, potencializam a vulnerabilidade dessa população ao desenvolvimento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial (HA) (5). Entre os fatores de risco para HA, destacam-se desigualdades socioeconômicas, como renda e escolaridade mais baixas (6). Contudo, existem poucas informações sobre a prevalência de HA entre pessoas com deficiência no Brasil..

OBJETIVO

Descrever a prevalência de hipertensão arterial autorreferida segundo características socioeconômicas em adultos com deficiência no Brasil.

METODOLOGIA

Estudo transversal descritivo, utilizando microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população do estudo foi composta por adultos com deficiência, com idade entre 18 e 59 anos. Foram considerados indivíduos com deficiência aqueles que apresentaram pelo menos uma das seguintes condições, conforme o módulo G do questionário da PNS: deficiência visual, auditiva, física (em membros superiores ou inferiores),

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: marialuizamedeiros@ufrj.br

intelectual/mental ou múltipla. As variáveis analisadas incluíram: sexo (masculino, feminino), raça/cor da pele (branca, preta, parda), escolaridade em anos de estudo (0, 1–8, >8), área (urbana, rural), região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste) e renda domiciliar *per capita* em tercís (até ½ salário mínimo-SM, mais de ½ até 2 SM e mais de 2 SM). Foram estimadas as prevalências de HA autorreferida e aspectos relacionados ao cuidado, tais como: diagnóstico médico, acompanhamento, local de atendimento, com base nas informações do módulo de doenças crônicas do questionário da pesquisa. As análises foram realizadas no software Stata 16, considerando os respectivos pesos amostrais e IC95%.

RESULTADOS

A PNS avaliou 10.600 adultos com deficiência. Dentre esses, 4.590 responderam ao módulo de doenças crônicas das quais 36,4% relataram diagnóstico de HA autorreferida. A condição foi mais prevalente entre as mulheres (69,7% IC95%: 65,7–73,5), com 1 a 8 anos de estudo (66,0% IC95% 61,6%–70,1%) e raça/cor da pele parda (53,3% IC95% 49,2%–57,5%). Em relação à região, a maior prevalência foi observada no Sudeste (45,6%; IC95%: 41,3–49,9) e em áreas urbanas (84%). Quanto à renda, indivíduos com maior rendimento apresentaram menor prevalência de HA (p-valor<0,05). Dentre os que afirmaram realizar acompanhamento médico regular (61,3% IC95%: 56,7–65,8), 82,1% relataram utilizar serviços de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda assim, 17,1% dos indivíduos com deficiência não realizavam o acompanhamento médico regular da HA. Entre os principais motivos relatados, destacam-se: distância dos serviços de saúde ou dificuldade de transporte (7,9%), tempo de espera elevado nos serviços (13,5%) e a percepção de que o acompanhamento não é necessário (34,5%). Embora barreiras estruturais sejam relevantes, fatores sociais e subjetivos, como o estigma, atitudes negativas e a falta de preparo, desconhecimento e dificuldades de comunicação por parte dos profissionais de saúde podem contribuir para um ambiente pouco acolhedor, o que, em alguns casos, poderia levar essas pessoas a acreditarem que não precisam ou não merecem acompanhamento (4,5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A prevalência de HA foi mais alta entre grupos em situação de maior vulnerabilidade social, como mulheres, pessoas com menor escolaridade e com renda domiciliar *per capita* mais baixa. Apesar do acesso dessa população ao SUS, observou-se que o acompanhamento da HA ainda é baixo, possivelmente em decorrência de barreiras estruturais e sociais, o que afeta outros desfechos de saúde. Esses achados destacam a importância do SUS como principal rede de cuidados, mas também a necessidade de estratégias que superem as limitações atuais. Tais resultados reforçam a necessidade de políticas públicas que considerem a interseccionalidade entre deficiência e desigualdades sociais, promovendo ações mais equitativas de prevenção e controle da HA. Além disso, é fundamental aprofundar o estudo dos determinantes sociais que impactam a saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
- (2) World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2022.
- (3) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pessoas com deficiência: 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
- (4) Gréaux M, Moro MF, Kamenov K, et al. Health equity for persons with disabilities: a global scoping review. *Int J Equity Health*. 2023; 22:236.
- (5) The Lancet. Prioritising disability in universal health coverage. *Lancet*. 2019;394(10194):187.
- (6) Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516–58.

HIV/AIDS NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA: VULNERABILIDADES E REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS EM CORUMBÁ (MS)

Paulo Vitor Vicente Rosado¹

Cláudia Araujo de Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/Aids permanece como um desafio global de saúde pública, sendo marcada não apenas pelos seus impactos biomédicos, mas também por profundas repercussões psicossociais. Em territórios de fronteira, como Corumbá (MS), na divisa entre Brasil e Bolívia, essas repercussões se agravam devido às singularidades socioterritoriais que atravessam a vivência das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHIV). A intensa circulação populacional, as assimetrias entre os sistemas de saúde, as dificuldades no acesso aos serviços e o estigma social ampliam a vulnerabilidade dessa população. [1,2] Nesse cenário, torna-se fundamental compreender como essas múltiplas dimensões interferem no cuidado em saúde e na qualidade de vida dos indivíduos que convivem com o HIV/Aids em contexto transfronteiriço. A literatura nacional ainda é limitada quanto a estudos que abordem o HIV em regiões de fronteira, especialmente com foco na experiência biopsicossocial dos sujeitos. O presente estudo parte do reconhecimento da fronteira como espaço de múltiplas territorialidades, onde o cuidado em saúde é tensionado por desigualdades estruturais, relações de poder e fluxos migratórios. Assim, propõe-se uma abordagem qualitativa que valorize as percepções, contextos e vivências dos sujeitos, contribuindo para a formulação de políticas públicas sensíveis às especificidades territoriais. [3]

OBJETIVO

Analisar os aspectos biopsicossociais de pessoas que vivem com HIV/Aids em uma localidade fronteiriça e as repercussões em saúde nesses sujeitos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. O estudo será desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de Corumbá (MS). A amostra será composta por conveniência, com quatro pessoas que vivem com HIV/Aids – duas residentes em Corumbá (Brasil) e duas em Puerto Quijarro (Bolívia) – e quatro profissionais de saúde com experiência mínima de dois anos na atenção às PVHIV. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, com duração média de 1h30, sendo os dados gravados, transcritos e analisados com base na técnica de análise de conteúdo, conforme Bardin. [4] Serão também utilizadas diretrizes do *COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)*, para garantir o rigor metodológico da investigação. [5]

Dados secundários sobre a notificação de casos serão extraídos do SINAN (2020 a 2024), a fim de contextualizar o cenário epidemiológico da região. [1]

RESULTADOS

Espera-se que a análise das entrevistas revele experiências marcadas por sentimentos de medo, estigmatização e insegurança, bem como dificuldades no acesso ao diagnóstico e continuidade do tratamento, especialmente entre os usuários estrangeiros. A pesquisa deverá evidenciar a presença de barreiras institucionais, discriminação e lacunas na integração dos serviços de saúde entre os dois países, afetando diretamente a adesão à terapia antirretroviral e a construção de vínculos terapêuticos. Espera-se também identificar como os profissionais de saúde compreendem essas vulnerabilidades e como adaptam suas práticas para atender às especificidades da população transfronteiriça. [2,3] Com base nos dados preliminares e na análise documental, observa-se uma concentração dos casos notificados de HIV em Corumbá, com 95 notificações entre 2020 e 2024, evidenciando a importância do município como referência regional. [1] A combinação entre os dados qualitativos e os dados secundários contribuirá para a construção de um panorama mais abrangente sobre os desafios enfrentados pelas PVHIV na fronteira.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa contribuirá para a compreensão dos efeitos do HIV/Aids na vida das pessoas que residem em áreas de fronteira, destacando como o território e as vulnerabilidades sociais modulam a experiência do adoecimento. Ao revelar as repercussões biopsicossociais enfrentadas pelas PVHIV e os desafios no cuidado em saúde, os resultados poderão subsidiar ações interinstitucionais e políticas públicas voltadas à integralidade do cuidado. A expectativa é de que o estudo incentive o fortalecimento da cooperação entre Brasil e Bolívia em saúde, com foco na atenção integral, no enfrentamento do estigma e na redução das desigualdades de acesso.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2024. Brasília, DF: MS; 2024.
- [2] Cueto M, Lopes G. Aids na América Latina: uma história da resposta ao HIV e suas políticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023.
- [3] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
- [4] Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- [5] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57.

HOMENS, MASCULINIDADES E CUIDADOS EM SAÚDE: DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Marcos Nascimento¹

Jorge Lyra

Benedito Medrado

Daniel de Souza Campos

Vanessa do Nascimento Fonseca

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Desde 2009, o Brasil conta com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), sendo um dos poucos países do mundo a ter uma política de saúde específica para a população masculina e o único na região das Américas (1). A PNAISH se articula em torno de cinco eixos: acesso e acolhimento; doenças negligenciadas e não transmissíveis; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; acidentes e violências; e com um foco específico em homens entre 20-59 de idade.

Diferentemente de outras políticas de saúde cujo envolvimento do movimento social organizado foi expressivo, como a política de saúde da mulher, LGBT e da população negra, a PNAISH se organizou em torno de discussões entre representantes da sociedade civil, sociedades médicas e pesquisadores(as) do campo da saúde coletiva/pública (2).

Nesse sentido, a PNAISH é uma política *top-down* e que, ao longo de mais de 15 anos de existência, enfrenta desafios para sua plena implementação (3). Essa comunicação visa a produzir reflexões sobre masculinidades e cuidados em saúde no marco da política pública em saúde.

OBJETIVO

Essa comunicação visa refletir sobre a implementação da PNAISH, no marco dos 10 anos de sua implementação no estado do Rio de Janeiro, a partir da visão de gestores(as), trabalhadores(as) da saúde e homens usuários do SUS, por meio de um referencial socioantropológico sobre masculinidades e cuidados em saúde.

METODOLOGIA

Foram realizadas entre 2018 e 2019, entrevistas semiestruturadas com informantes chaves, gestores(as) municipal, estadual e federal de saúde do homem, trabalhadores(as) da saúde do município do Rio de Janeiro e homens usuários do SUS, por um grupo de pesquisadores de instituições públicas do Rio de Janeiro. Temas como conhecimento sobre masculinidade e saúde, sobre a PNAISH, barreiras, desafios e oportunidades para sua implementação e principais problemas de saúde enfrentados por

1

E-mail: m2nascimento@gmail.com

homens usuários, assim como o seu conhecimento sobre a política de saúde do homem, foram abordados. A análise da implementação da PNAISH levou em consideração a análise de conteúdo temática (4).

RESULTADOS

O município do Rio de Janeiro já contava com uma série de ações voltadas para os homens na saúde, fruto de iniciativas que envolviam a secretaria municipal de saúde, universidades, ONG e pesquisadores(as). Isso fez com que a PNAISH encontrasse um solo fértil para a sua implementação inicial.

Contudo, a falta de investimentos específicos para a agenda de saúde do homem, crises financeiras e administrativas locais, alta rotatividade de gestores(as) e esvaziamento da atenção primária em saúde fizeram com que houvesse entraves importantes para a sustentabilidade de um projeto de implementação pleno da PNAISH.

A violência urbana apareceu como um entrave importante para ações em saúde em determinados territórios dominados pelo narcotráfico. Pautas como a saúde mental, importante nesse contexto, ainda tem sido negligenciada.

Apostou-se na incidência do eixo de paternidade e cuidado como uma porta de entrada promissora para ações em saúde masculina. A estratégia do pré-natal do pai/parceiro tem sido um importante disparador de ações, assim como as campanhas do novembro azul.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A implementação da PNAISH no estado do Rio de Janeiro contou com uma experiência acumulada na inclusão dos homens na saúde, fruto de ações da sociedade civil e da esfera pública na saúde, educação e desenvolvimento social.

A violência urbana funciona como uma barreira para ações nos territórios, configurando-se com um problema de segurança e de saúde pública, sobretudo para homens jovens, pretos e pardos e de periferia. E a falta de investimento financeiro, a crise financeira e administrativa local, o desinvestimento na saúde, sobretudo na atenção básica, ajuda a invisibilizar a pauta da saúde masculina na agenda de saúde.

A paternidade representa uma “porta de entrada” estratégica para a inclusão dos homens na saúde, mas é insuficiente tendo em vista a diversidade de questões para a saúde do homem como o mundo do trabalho precarizado, a organização de serviços e estratégias sensíveis às especificidades de gênero dos homens.

REFERÊNCIAS

- (1) Keijzer B, Cuellar AC, Mayorga Valenzuela A, Hommes C, Caffé S, Mendoza F, et al. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022.
- (2) Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009;19: 659-78.
- (3) Hemmi APA, Baptista TWF, Rezende Md. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis*. 2020;30(03);1-28.
- (4) Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de pesquisa*, 2017; 47(165), 1044-1066.

HUMANISMO, HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NA SAÚDE: IMPLICAÇÕES MUITO ALÉM DA EFICÁCIA

Thiago Sousa Felix¹

José Jackson Coelho Sampaio

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Refletir sobre acolhimento no contexto da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH [1] é um tema que nos remete à concepção do Humanismo de seu desenvolvimento a partir do Renascimento na Europa.

Entendemos que esse centramento do mundo no homem para entender a realidade constitui o antropocentrismo, uma característica do Humanismo que molda a forma como o ser humano se enxerga e vai interagir com a natureza [2].

A humanização, por sua vez, se dá como um processo que se fundamenta em bases históricas do Humanismo e se desenvolve quando homens e mulheres decidem, por um pacto de civilidade, que irão coabitar, seguindo determinadas regras de convivência.

Percebem-se profundas repercussões desse pensamento em países do mundo todo, principalmente no Ocidente, a despeito de que o Humanismo, como valor, ainda estar muito pouco difundido em vastas regiões do mundo. É o caso de territórios como a América Latina, caracterizada como periferia geográfica do capitalismo.

OBJETIVO

Focando no debate do presente estudo, pensamos nos serviços de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais precisamente, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Se configura como objetivo central identificar quais implicações do estado “desumano” que vivemos, enquanto sociedade, no acolhimento e na assistência em saúde mental.

Afinal, para que estamos aqui? A compreensão militante e histórica do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária (MBRS) e do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP) já não são mais suficientes para sustentar o trabalho consciente do profissional de saúde mental: ter uma ampla leitura da realidade, reconhecer as carências históricas da população, ter uma compreensão do Estado brasileiro e ler com habilidade as nuances do jogo político no qual estamos envolvidos é essencial para iniciar um ensaio que atenda a essa pergunta de partida e outras que em breve a ela se somarão.

Deve-se contextualizar essa pergunta sendo elaborada a partir de uma sala de atendimento de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) qualquer do Brasil. “Qualquer” evoca aqui o tom genérico que esse CAPS deve ter: não necessariamente esse ou aquele, pois, voltando à indagação inicial, percebe-se

1 Universidade Estadual do Ceará. E-mail: thiagosfelix2004@yahoo.com.br.

que é muito plausível que o trabalhador se indague sobre o que ele está fazendo no CAPS, seu local de trabalho, e no seu território.

METODOLOGIA

Alguns estudos têm analisado o trabalho precarizado em saúde mental [3] e mais: pesquisadores e especialistas veem denunciado o abandono a que a RAPS foi condenada por vários anos seguidos. Quais as implicações desse abandono intencional e calculado no seguimento da política de saúde mental? Quais as consequências disso na saúde mental de trabalhadores e mesmo da população?

Certamente a Medicina Social e a Saúde Coletiva, com seu referencial diverso e comprometido com a população latino-americana pode contribuir com esse debate no âmbito da saúde mental, afinal, quem disse que sofrimento psíquico é só problema dos CAPS?

Dando seguimento à reflexão, afirma-se que o CAPS não é tanto o serviço que trará soluções simplistas e imediatistas de saúde para a população. Mais do que isso: o CAPS, fazendo jus a sua constituição complexa [4], deve ser um espaço de acolhimento, de encontro terapêutico e de convivência para todos os sujeitos históricos ali reunidos. Reforce-se que isso envolve o cuidado compartilhado, solidário, em todas as direções e envolve, às vezes, decisões simples, mas que impactam profundamente no bem-estar dos sujeitos. A realização de Supervisões clínicas e institucionais é um exemplo disso [5].

Essa questão deve ser bem problematizada a fim de que seja atingida na sua face mais certa: a saúde mental tem implicações e impactos que vão muito além da própria área de saúde mental, envolvendo renda, moradia, alimentação, violência urbana, acesso à esporte, cultura e tantos outros pontos que contribuem para o bem-estar do ser humano.

RESULTADOS

Mesmo ciente de sua limitada atuação na realidade, o CAPS deve acolher a sua clientela, e na medida do possível, todas as pessoas que estão buscando esse serviço para introduzir, desenvolver e fortalecer valores como vínculos saudáveis, lutas locais por melhorias na qualidade de vida, preservação da dignidade humana e, não menos importante, os princípios do cuidado colaborativo e da assistência pública e de qualidade representada no SUS.

Por isso, tem-se proposto a formalização da Gestão do Acolhimento, ou seja, a conscientização, organização e planejamento de atitudes e ações que viabilizem, concretamente, a acolhida humanizada e competente da população nos serviços da RAPS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Considerando o nível de desgaste tanto das estruturas físicas desses serviços de saúde, quanto dos trabalhadores que atuam nas mesmas, presume-se um ambiente de mal-estar que desafia esses profissionais a superarem, por exemplo, baixa valorização salarial e excesso de trabalho. Ao mesmo

tempo, a falta de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários vai minando o espaço que deveria genuinamente ser de construções de projetos coletivos, de superação de problemas comuns e de reabilitação de demandas específicas, no caso da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
- [2] Sciacca MF. História da Filosofia: do Humanismo a Kant. São Paulo: Mestre Jou; 1968.
- [3] Lima ICS; Sampaio JJC; Souza KCA. A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. Saúde Debate. 47(136):15-226. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313614>
- [4] Felix TS. Concepções do Psicossocial e a Política de Saúde Mental Brasileira [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia; 2017.
- [5] Sampaio JJC; Guimarães JMX; Abreu LM. Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará. 2 ed. Fortaleza: EdUECE; 2019.

IMPACTO DA DIFUSÃO DE CONTEÚDOS SOBRE SAÚDE MENTAL NAS REDES SOCIAIS NO AUTODIAGNÓSTICO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Dayane dos Santos Costa¹

Gabriela Andrade da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As redes sociais influenciam comportamentos e interações na vida moderna, sendo um recurso essencial para o autocuidado e a comunicação na saúde. Com o avanço digital, cresceu a busca por autodiagnóstico e testes online, embora a maioria das informações disponíveis enfoque doenças estabelecidas, sem considerar desconfortos momentâneos.

A saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), abrange bem-estar físico, mental e social (1). No entanto, a difusão de informações sobre saúde mental nas redes pode ser generalizada e imprecisa, gerando impactos negativos, como cyberbullying, depressão e até suicídio, especialmente entre adolescentes (2). O consumismo em saúde e a busca excessiva por informações médicas também favorecem diagnósticos equivocados e automedicação (3).

O autodiagnóstico de transtornos mentais (TM), impulsionado pelas redes sociais, pode levar a interpretações errôneas de sintomas, atrasando tratamentos e ampliando a desinformação. Assim, é crucial incentivar programas de conscientização e fontes confiáveis para mitigar esses riscos e seus impactos na saúde pública.

OBJETIVO

Este trabalho analisou o impacto da difusão de conteúdos sobre saúde mental nas redes sociais no autodiagnóstico de TM, descrevendo sua disseminação nessas plataformas e a influência de influenciadores digitais na autoidentificação de indivíduos com diagnósticos, mesmo sem avaliação profissional.

METODOLOGIA

Este estudo adotou a revisão integrativa da literatura, permitindo a síntese de evidências científicas com diferentes metodologias. Foram selecionados artigos com os descritores *Self Diagnosis*, *Social Media*, *Mental Disorders*, publicados em periódicos científicos e abordando transtornos do DSM-5, excluindo aqueles com textos inacessíveis.

A busca foi realizada nas bases BVS, PSYCINFO e PUBMED, seguida de triagem por títulos, resumos e leitura completa dos artigos escolhidos. Os dados extraídos incluíram resumo, objetivos,

1 Universidade Federal do Sul da Bahia. E-mail: dayanescosta94@gmail.com

metodologia, discussão, resultados e conclusão, com avaliação da qualidade pelo Checklist de Estudos Qualitativos da JBI. A análise dos resultados foi feita por meio de análise de conteúdo, identificando padrões e significados no material estudado.

RESULTADOS

Foram localizados 456 registros nas bases de dados, dos quais 18 artigos foram selecionados após a leitura dos títulos e resumos, e 10 foram incluídos após a leitura do texto completo. Concluiu-se que a maioria teve qualidade considerada de moderada a forte.

A análise de conteúdo resultou em três categorias: 1–“Incentivo ao autodiagnóstico pelas interações online”: postagens sobre sintomas de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, podem levar usuários a se identificarem com essas condições sem avaliação profissional, constatando-se que esse efeito é amplificado por um ciclo de validação social, onde o engajamento com postagens fortalece a autoidentificação com condições mentais, frequentemente, sem confirmação clínica (4-7). 2–“Redes sociais como suporte para compartilhar diagnósticos e dia a dia”: indivíduos diagnosticados usam plataformas digitais para buscar apoio e validar suas experiências, indicando que redes sociais oferecem um espaço para compartilhar sofrimento mental e encontrar suporte, embora também possam reforçar estigmas e dificultar o acesso a cuidados adequados; além disso, a internalização de diagnósticos pode ocorrer, criando uma identidade associada ao transtorno (6, 8-11). 3–“Benefícios e desafios das redes sociais para trocas de sintomas e diagnósticos de saúde mental”: as redes sociais têm servido como ferramentas de apoio, mas também apresentam riscos; embora a troca de experiências possa reduzir o isolamento e fornecer informações, também pode aumentar a ansiedade, a desinformação e o autodiagnóstico sem acompanhamento médico (6, 8, 10, 12-13).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A exposição de sintomas e rotinas de influenciadores digitais com TM nas redes sociais tem influenciado a identificação pessoal de consumidores desses conteúdos, levando à generalização dos transtornos e afetando sua autoimagem. As redes sociais amplificaram narrativas pessoais, normalizaram diagnósticos autodeclarados e incentivaram a internalização de sintomas, reforçando a busca por validação em comunidades digitais. No entanto, isso gera preocupações como a propagação de informações imprecisas, aumento do autodiagnóstico e impactos negativos na saúde mental. A discussão sobre a medicalização da vida (14) sugere que a internet tem contribuído para a transformação de experiências cotidianas em diagnósticos médicos, impactando as subjetividades contemporâneas. Sugere-se que futuras investigações explorem os efeitos psicológicos de longo prazo dessa identificação e estratégias para equilibrar apoio emocional com a busca por informações baseadas em evidências e acompanhamento profissional.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde (OMS). Definição de saúde. Genebra: OMS; 1998.
- [2] Souza da Cunha M. Impacto das redes sociais na saúde mental de adolescentes. *Psicol Saúde*. 2019;14(2):123-135.
- [3] Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Griep RH. Consumismo em saúde e automedicação: uma análise crítica. *Rev Saúde Coletiva*. 2010;20(1):89-102.
- [4] Hasan M, Foster J, Cho Y. Social media and self-diagnosis: A qualitative study. *J Ment Health*. 2023;32(4):567-578.
- [5] Griffith J, Stein CH. The role of social media in mental health self-diagnosis. *Psychol Rep*. 2019;124(2):345-360.
- [6] Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(2):113-122.
- [7] Giles DC, Newbold J. Self- and other-diagnosis in user-led mental health online communities. *Cyberpsychol Behav*. 2008;11(6):723-729.
- [8] Yeo TE. Social media as a support tool for mental health: A review of the literature. *J Health Commun*. 2020;25(5):365-376.
- [9] Dyson MP, Gorvin L. Peer support in digital spaces: A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2021;280:114042.
- [10] Sangeorzan I, Andriopoulou P, Livanou M. Exploring mental health narratives on YouTube: A qualitative study. *J Med Internet Res*. 2019;21(5):e12817.
- [11] Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Facebook support groups for mental health: A qualitative analysis. *JMIR*. 2014;16(3):e72 .
- [12] Costa M, Silva R, Oliveira P. Risks and benefits of social media for mental health: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;265:109-117.
- [13] Hswen Y, Naslund JA, Brownstein JS, Hawkins JB. Social media and misinformation: A systematic review. *J Med Internet Res*. 2019;21(6):e13020.
- [14] Figueira PL, Caliman LV. Movimentos de medicalização da vida. *Psicol Clin*. 2014;26(2):17-32.

IMPACTOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL DIGITAL NA SAÚDE MENTAL

Vívian Andrade de Araújo Coelho¹

Pedro José Vilas Boas Bento

Juliana Lana Oliveira

Samuel Machado da Silva

Barbara Alves de Abreu Rocha

Gabriela Muryel Lambiazzi

Pedro Henrique de Oliveira Robini

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Com o advento das tecnologias digitais, é necessário investigar e compreender o novo ambiente no qual a violência sexual se insere em suas formas, camadas e repercussões. Este trabalho propõe uma revisão dos impactos causados pelos diversos tipos de violência sexual online, como a violência sexual baseada em imagens (quando são divulgadas imagens íntimas da vítima sem seu consentimento), o sexting não consensual (envio de mensagens, imagens ou vídeos sexualmente explícitos) e a deepfake (termo sem expressão referente em português relacionado à criação de imagens falsas através de Inteligência Artificial). Estudos mostram danos psicológicos duradouros nas vítimas, uma vez que a internet facilita a rápida veiculação de mídias e dificulta o rastreo das fontes e a exclusão dos registros, contribuindo para a imprevisibilidade de ressurgência e grande alcance do conteúdo [1]. Além da violência, muitas vítimas enfrentam revitimização (culpabilização por ter criado a foto explícita, ameaças de agressões sexuais por outros membros das redes sociais, discriminação no trabalho ou redes comunitárias). A banalização dessas práticas agrava o sofrimento. Diante disso, torna-se urgente compreender como essa nova forma de violência impacta o psicológico de diferentes sujeitos, a fim de fomentar políticas públicas eficazes e a escuta qualificada que reconheça múltiplas vulnerabilidades.

OBJETIVO

Propõe-se uma revisão sobre o sofrimento psíquico de vítimas de violência sexual digital, considerando diferenças de gênero, idade e orientação sexual. Serão exploradas associações com sintomas como depressão, ansiedade e comportamentos autodestrutivos, além das disparidades conforme o gênero. Busca-se compreender os desfechos do abuso e contribuir para medidas legislativas eficazes e apoio à saúde mental das vítimas.

METODOLOGIA

Esta revisão integrativa constitui um recorte de uma revisão sistemática em andamento, conduzida segundo os critérios PRISMA 2020. Foi realizada uma busca estruturada nas bases

1 Universidade Federal de Ouro Preto. E-mail: vivian.coelho@ufop.edu.br

PubMed, PsycInfo, Scopus, Cochrane, Medline, Embase e Web of Science, utilizando descritores combinados com operadores booleanos (AND, OR, NOT), como “digital”, “sextortion”, “revenge porn”, “cyberstalking”, “mental health” e “suicidality”. Dos 9029 estudos identificados, 22 foram selecionados para este estudo durante a triagem por título e resumo no Rayyan®, ainda na etapa de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídas revisões, meta-análises, relatos de caso, capítulos de livros, artigos sem desfechos psíquicos ou sem caracterização das vítimas por gênero, idade ou orientação sexual, bem como textos não publicados em português ou inglês. Das referências analisadas, somente as principais foram incluídas aqui no resumo, devido a limitação de espaço.

RESULTADOS

As varias formas de violência sexual digital estudadas, como o sexting não consensual, pornografia de vingança (divulgação não autorizada de nudes, ameaças de publicação com intuito de chantagem, compartilhamentos em fóruns e sites com intenção de humilhar a vítima), tem gerado impactos psíquicos significativos, sobretudo em mulheres, pessoas LGBTQIA+ e racializadas [2]. Segundo os estudos, os efeitos mais comuns são sintomas ansiosos, depressivos e ideação suicida, frequentemente agravados pela revitimização—como assédio contínuo e humilhações públicas—que intensificam o sofrimento [3]. Em contextos vulnerabilizados, como entre jovens LGBTQIA+ na África do Sul, o sofrimento é ainda mais severo, com relatos de automutilação, abuso de substâncias e isolamento social [4]. Entre adolescentes LGBTQIA+ nos EUA, ameaças de exposição íntima também se associaram a maior risco de suicídio [5]. De forma similar, mulheres figuram entre as mais afetadas, tanto em volume quanto em profundidade do sofrimento, e enfrentam com frequência estigmatização, culpabilização e negligência institucional, o que agrava os efeitos da violência [1].

A violência sexual digital, conforme ilustrado acima, pode atuar como catalisador de sofrimento psíquico crônico, com quadros persistentes de sofrimento mental. Associado a isso, a banalização da violência, somada ao despreparo institucional, contribui para o silêncio das vítimas, que muitas vezes não reconhecem a situação como crime e desconhecem canais de apoio [1].

O que se evidencia com esses achados, portanto, é a urgência de uma resposta intersetorial que una saúde mental, justiça e educação digital, com políticas públicas que levem em conta recortes de raça, gênero e orientação sexual.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A violência sexual digital representa uma ameaça crescente à saúde mental de grupos vulneráveis, especialmente mulheres e pessoas LGBTQIA+. Os estudos analisados evidenciam sintomas recorrentes como depressão, ansiedade, estresse e ideação suicida, que foram agravados pela revitimização digital e ausência de um suporte institucional adequado [3], [5]. Portanto, intervenções eficazes devem ser realizadas de forma integrada, com foco em educação digital, responsabilização dos agressores e acolhimento humanizado das vítimas, além do fortalecimento de políticas públicas baseadas em direitos

humanos e na escuta qualificada, reconhecendo os marcadores sociais que atravessam as experiências de sofrimento e resistência.

REFERÊNCIAS

- (1) Aborisade RA. Image-based sexual abuse in a culturally conservative Nigerian society: female victims' narratives. *Sex Res Soc Policy*. 2021;19(1):220–32.
- (2) Gassó AM, Mueller-Johnson K, Montiel I. Sexting, online sexual victimization, and psychopathology correlates by sex: depression, anxiety, and global psychopathology. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):1018.
- (3) Gassó AM, Mueller-Johnson K, Gómez-Durán EL. Victimization from non-consensual dissemination of sexting. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6564.
- (4) Hendricks K, Tsibolane P, van Belle JP. Cyber-harassment victimization among South African LGBTQIA+ youth. In: Hattingh M, et al., eds. *Lect Notes Comput Sci*. 2020;135–46.
- (5) Srivastava A, Rusow J, Schrager SM, Stephenson R, Goldbach JT. Digital sexual violence and suicide risk in sexual minority youth. *J Interpers Violence*. 2022;38(3–4):4443–58.

IMPACTOS DO SANEAMENTO BÁSICO NA SAÚDE PÚBLICA DE SÃO JOÃO DE MERITI: UMA ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE E INFRAESTRUTURA

Leandro Oliveira dos Reis¹

Jaciano Gomes Santiago

Carla Rodrigues Mendes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O saneamento básico é um fator determinante para a qualidade de vida e saúde da população, sendo uma das metas a serem alcançadas até 2030 conforme definido pela Cúpula das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável em 2015. A falta de infraestrutura adequada de saneamento básico, envolvendo abastecimento de água, esgotamento sanitário e manejo de resíduos sólidos, pode agravar indicadores de morbidade e mortalidade, afetando diretamente a saúde da população[1]. A cidade de São João de Meriti, no Rio de Janeiro, é conhecida como o “Formigueiro das Américas” em razão de sua alta densidade demográfica, com aproximadamente 13.000 habitantes/ km², o que torna essencial a realização de estudos sobre a infraestrutura de saneamento do município[2]. Este estudo visa investigar a relação entre os indicadores de saneamento e saúde no município, com o objetivo de entender os impactos da infraestrutura sanitária na saúde da população. São analisados dados sobre abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, além dos indicadores de saúde relacionados à falta de saneamento e às áreas vulneráveis a inundações. Desse modo, a pesquisa espera contribuir para o direcionamento de futuras ações voltadas à promoção da saúde e de melhorias da infraestrutura sanitária em São João de Meriti.

OBJETIVO

Analisar a influência do saneamento básico sobre os indicadores de saúde da população de São João de Meriti, identificando correlações entre a cobertura de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e a saúde geral da população.

METODOLOGIA

Foram combinados métodos quantitativos para análise estatística dos dados do Censo 2022 (IBGE) e do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNISA) e métodos qualitativos para a compreensão contextual dos dados. A pesquisa analisou dados sobre abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e drenagem urbana. A abordagem quantitativa envolveu o levantamento de indicadores de cobertura de rede de água e esgoto, acesso à coleta de resíduos e qualidade da drenagem. Já a abordagem qualitativa buscou entender os impactos dessas

infraestruturas na saúde pública da cidade, com base em fontes secundárias. A pesquisa não incluiu dados específicos de morbidade e mortalidade, mas procurou contextualizar a relação entre as condições de saneamento e as questões de saúde, sem estabelecer causalidades diretas.

RESULTADOS

Os dados analisados refletem o cenário de saneamento básico em São João de Meriti. A cidade apresenta uma cobertura expressiva de esgotamento sanitário, com 97,45% da população (429.501 habitantes) tendo acesso a sistemas adequados. No entanto, 2,55% da população (1.156 habitantes) ainda carece de rede de esgoto, indicando uma falha importante na infraestrutura. Quanto ao abastecimento de água, 8,79% da população (5.466 habitantes) depende de fontes alternativas para obtenção de água potável, apontando fragilidade na universalização. Embora 100% do esgoto gerado seja coletado (13.293,10 mil m³/ano), a falta de tratamento resulta no despejo de 7.624,11 mil m³ de esgoto não tratado, comprometendo a qualidade ambiental e aumentando os riscos de doenças transmitidas por meio da água, como hepatites e diarreias que afetam diretamente a saúde pública e aumentam a morbidade na população. A infraestrutura do município apresenta importantes lacunas comprometendo a saúde pública. Falta de tratamento adequado de esgoto, dependência de fontes alternativas de água e ausência de rede de esgoto para uma parte da população contribuem para a proliferação de doenças gastrointestinais e parasitárias, como leptospirose [3]. A coleta de resíduos sólidos atinge 98,66% da população, mas práticas inadequadas como queima de lixo (1.406 habitantes) e a destinação informal (1.025 habitantes) ainda ocorrem, dificultando a gestão eficiente. Quanto à drenagem, 80,2% das vias urbanas têm redes pluviais, mas 64,9% dos cursos d'água estão canalizados de forma aberta, aumentando o risco de enchentes. São João de Meriti se destaca, vindo logo após a capital, como um dos municípios com maior número de habitantes vivendo em áreas de risco a desastres naturais como inundações e enchentes, com 18,8% da população, 86.185 habitantes[4,5]. Esses fatores associados favorecem a proliferação de vetores de doenças e agrava os problemas de saúde pública na cidade, aumentando a vulnerabilidade da população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise dos dados sobre o saneamento básico em São João de Meriti revela lacunas significativas que impactam diretamente a saúde pública e a qualidade de vida da população. Embora a cidade tenha alcançado uma cobertura expressiva de esgotamento sanitário, ainda há uma parcela significativa de habitantes sem acesso a esse serviço. Além disso, a dependência de fontes alternativas para o abastecimento de água indica fragilidade na universalização do acesso a água potável. A ausência de tratamento adequado de esgoto, aliada ao despejo de esgoto não tratado, contribui para o aumento de doenças veiculadas pela água. A falta de destinação adequada de resíduos sólidos e drenagem urbana também são pontos críticos. A coleta de resíduos é amplamente realizada, mas ainda persistem práticas inadequadas como a queima de lixo e o descarte irregular, comprometendo a saúde e o meio ambiente. A drenagem urbana com canalização de 64,9% dos cursos d'água de forma aberta, aumenta o risco de

enchentes, exacerbando a vulnerabilidade, especialmente em áreas de risco. Diante desse contexto, é fundamental que o município de São João de Meriti realize melhorias significativas na infraestrutura de saneamento, com foco na universalização do acesso à água potável e ao tratamento de esgoto, além de fortalecer a gestão de resíduos sólidos e otimizar o sistema de drenagem urbana, visando reduzir os riscos à saúde pública e melhorar as condições de vida da população.

REFERÊNCIAS

- [1] Araújo WF, Silva JA, Rocha Filho LB, Rocha LM. Relação entre as condições de saneamento e os objetivos de desenvolvimento sustentável. RSD. 2022; 11(9):e48011932157. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32157>.
- [2] Barros Junior OC. Geografia da saúde e saneamento básico na baixada fluminense: o contexto de São João de Meriti. TI. 2020; 10(1):189- 207. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/teri/article/view/64878>.
- [3] Kashiwakura HK, Gonçalves ÁO, Azevedo RR, Nunes A, Silva CAT. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. Rev Bras Saúde Materno Infant. 2020; 26(2):371-9. Disponível em: scielo.br/j/csc/a/4N3tPbtCH55rNK8jp78ZC3d/?lang=pt&format=pdf.
- [4] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Municipais. De Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-joao-de-meriti/panorama>.
- [5] Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/cidades/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/saneamento/snis/produtos-do-snis/diagnosticos-snis>

IMPACTOS NOS TERRITÓRIOS E O RACISMO AMBIENTAL: A RELAÇÃO ENTRE DESIGUALDADE E VULNERABILIDADE CLIMÁTICA E SOCIAL EM PETRÓPOLIS - RJ

Ariel Denise Pontes Afonso¹

Ana Carolina de Oliveira Henriques

Isabelle Salazar Vieira Alves

Pamela Mércia Pinto Gomes

Patricia Reis Firmeza de Souza Lima

Sophia Iglesias Miranda

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os desastres socioambientais impactam territórios e populações de forma desigual, desmascarando as desigualdades estruturais e os interesses do poder público, que podem ser motores ou não de ações para mitigar danos e prevenir tais (re)corrências. Torna-se evidente o racismo ambiental, que expõe determinados grupos a maiores riscos e vulnerabilidades. Este termo define a distribuição injusta de recursos e riscos ambientais entre grupos étnico-raciais. A vulnerabilidade desses grupos resulta de fatores que extrapolam injustiças ambientais, envolvendo um processo social de marginalização (1).

A cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro, tem sido historicamente afetada por deslizamentos de terra e fenômenos que atingem, sobretudo, populações vulneráveis. Em 2022, enfrentou um desastre socioambiental que causou 235 mortes em dados públicos oficiais. As fortes chuvas contribuíram para alagamentos e deslizamentos em certas regiões. Contudo, apesar de amplamente divulgado como um “desastre natural”, a recorrência desses eventos, resultando em mortes, perdas materiais e dificuldades econômicas, além dos impactos emocionais, evidencia que ações políticas já poderiam ter sido efetivadas para evitar tais consequências (2).

OBJETIVO

Tem como objetivo analisar a correlação entre os locais afetados por desastres socioambientais em Petrópolis de 1965 a 2024 e a presença de racismo ambiental, a partir da análise de dados públicos e sócio-demográficos, para compreender como fatores ambientais e sociais se inter-relacionam, contribuindo para a vulnerabilidade das populações atingidas. A partir disso, serão propostas recomendações para políticas públicas visando à mitigação de impactos ambientais e sociais nessas áreas.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se dos resultados de pesquisa em desenvolvimento partindo da coleta de dados históricos sobre eventos de chuvas e deslizamentos em Petrópolis. Coletar dados

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: arieldpa@hotmail.com

demográficos, socioeconômicos e de infraestrutura disponíveis em bancos de dados públicos. Utilizar métodos quantitativos e qualitativos para analisar a correlação entre eventos climáticos e distribuição demográfica. Aplicar ferramentas de geoprocessamento para mapear a distribuição espacial das áreas afetadas. Conduzir entrevistas com moradores das áreas afetadas para obter insights sobre a percepção de riscos e resiliência comunitária. Organizar grupos focais com especialistas em urbanismo, geografia e direitos humanos.

RESULTADOS

O presente trabalho em desenvolvimento está sendo realizado pelo Instituto Todos Juntos Ninguém Sozinho (TJNS) que atualmente possui ações na cidade de Petrópolis voltadas para a capacitação da comunidade, implementação de políticas públicas, educação ambiental, racial e climática, e a conscientização do racismo ambiental. A pesquisa em questão propõe identificar práticas e formar dados de racismo ambiental nos territórios da cidade, a fim de propor recomendações para políticas públicas que visem mitigar os impactos nas comunidades mais vulneráveis. Os resultados pretendem fornecer subsídios para o desenvolvimento de iniciativas eficazes e justas de gestão ambiental e urbana. A partir disso, serão elaborados relatórios e apresentações para disseminação dos resultados em contextos acadêmicos e públicos, além de seminários e rodas de conversas para disseminar os pontos de análise e o produto final.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Historicamente, tem-se dados que revelam que tais tragédias ocorrem desde a época em que o Imperador Dom Pedro II habitava a região, com um registro de 1862 em seu diário, e assim ocorrem periodicamente até o presente momento. Diante da recorrência com que esses desastres ocorrem, questiona-se a razão pela qual o poder público se absteve de efetivar ações que pudessem prevenir, durante todos esses anos, tais tragédias. Observa-se que a população mais impactada por esses desastres é, em grande parte, composta por pessoas negras, de baixa renda, residentes em periferias e zonas de risco. Suas histórias de vida são marcadas pela recorrência desses eventos, forçando-as a reviver traumas e sofrimentos de forma cíclica. Nesse contexto, a formulação de políticas públicas depende da coleta e da apresentação de dados ao poder público, a fim de materializar e reconhecer um problema que há anos se manifesta na cidade: o racismo ambiental.

REFERÊNCIAS

- (1) Duarte B; Silva NT; Lopes I. Interseccionalidade e mudanças climáticas: um estado da arte sobre o racismo ambiental e seus outros. *Sémata: Ciências Sociais e Humanidades*. 2022;34. Disponível em: <https://revistas.usc.gal/index.php/semata/article/view/8763/12745>
- (2) Le Monde Diplomatique Brasil. Dia municipal de enfrentamento ao racismo ambiental em Petrópolis. Le Monde Diplomatique Brasil. 2024. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/dia-municipal-enfrentamento-ao-racismo-ambiental-petropolis/>

IMPLEMENTAÇÃO DE TECNOLOGIA SOCIAL EM SAÚDE NO COMPLEXO DO LINS, FAVELA DO RIO DE JANEIRO, COM SANEAMENTO INADEQUADO, OBJETIVANDO O DIREITO HUMANO A ÁGUA E AO SANEAMENTO

Rejany Ferreira dos Santos¹

Adriana Sotero Martins

Natasha Berendonck Handam

Maria José Salles

José Leonidio Madureira de Sousa Santos

Cristiane Pereira Soares Martins

Rafael dos Santos Sousa

Shayane Balbino Pacheco

Vanessa Alves de Figueiredo

Francisco Valdinar Alves do Carmo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O conceito de tecnologia social foi elaborado para todas as camadas da sociedade, ele faz críticas aos modelos convencionais de desenvolvimento tecnológicos, propondo tecnologias que preservem o ambiente e seja mais solidária. Nessa perspectiva busca promover a articulação e a participação de toda a população, dos gestores públicos, a academia e sociedade civil, para criar tecnologias inclusivas que protejam o meio ambiente e preserve a vida humana [1].

O saneamento básico é essencial para a saúde, pois reduz o adoecimento da população por doenças preveníveis e diminui o número de óbitos [2]. Contudo nos territórios socioambientalmente vulnerabilizados (favelas e periferias) as condições do saneamento são historicamente negligenciadas, como nas comunidades do Complexo do Lins [3]. O Complexo do Lins está localizado dentro da bacia hidrográfica do canal do Cunha, na zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

De forma a contribuir para a melhoria das condições socioambientais da população do CPX do Lins, a partir do diálogo e participação direta da população, através da parceria da Fiocruz, Voz do Lins e associações de moradores, foi realizado a implementação de tecnologias socioambientais (biofiltro e bacia de evapotranspiração) que contribuíram para amenizar o impacto da inadequação do saneamento no território.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi a partir da realização das oficinas com moradores locais e das repostas da pesquisa-ação sobre a percepção do saneamento do território onde eles responderam quais as condições

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: rejanygeo@gmail.com

do saneamento local, se utilizariam tecnologias sociais ambientais e qual a localidade mais adequada com a presença de nascentes e esgoto não tratado para a construção das tecnologias, foi selecionado a localidade para a implementação das tecnologias da bacia de evapotranspiração e o biofiltro.

METODOLOGIA

Através da realização de oficinas com a população para dialogar sobre a proposta do projeto, com a participação de moradores, representantes de associações de moradores, ONGs locais e pesquisadoras da Fiocruz e do Observatório da Bacia Hidrográfica do Canal do Cunha.

Foi realizada a pesquisa-ação apoiada na parceria entre a comunidade e a academia de forma a identificar os efeitos na saúde, socioeconômicos e no meio ambiente do território.

Para conhecer as condições do saneamento ambiental do complexo do Lins foram aplicados questionários estruturados aos moradores do território, algumas das questões continham perguntas sobre tecnologias sociais em saúde e se a população teria interesse que essas tecnologias fossem implementadas em seu território. O projeto foi realizado em parceria com a ONG Voz do Lins, onde parte da equipe do projeto foi composto por moradores locais.

A partir das oficinas, do resultado da pesquisa-ação e da viabilidade técnica foi escolhido a comunidade de Santa Teresinha para a implementação das tecnologias sociais em saúde.

RESULTADOS

Na primeira etapa do projeto através da realização de algumas oficinas onde foram levantadas as comunidades com as características como a presença de nascentes e que os moradores utilizassem essa água para cuidados relacionados ao saneamento em suas casas e esgoto não tratado que vai para as águas pluviais, condições e viabilidade técnicas para implementação das tecnologias em saúde. Após o resultado da pesquisa-ação nas comunidades, feito por pesquisadores locais do projeto sobre a percepção da população sobre as condições de saneamento básico, foi escolhida a comunidade de Santa Teresinha no Complexo do Lins que recebeu as construções das tecnologias sociais em saúde da Bacia de evapotranspiração (fossa de bananeira) e o biofiltro.

Nas oficinas foram explicadas todas as etapas de como funcionava as tecnologias sociais em saúde, também foi entregue para todos os presentes, cartilhas com o modelo da construção das tecnologias, seu funcionamento e como é feita a sua manutenção de forma que os moradores possam se apropriar e realizar a manutenção e outra cartilha que diálogo sobre as condições do saneamento, potabilidade da água para consumo e a relação com as DRSAs (doenças relacionadas ao saneamento inadequado). Para construção das tecnologias foi contratado um morador local. Por tudo isso seguimos o conceito de tecnologia social que é a participação social, feita para todas as camadas da sociedade e que a população possa ter o entendimento da construção e do seu funcionamento e possa realizar a replicabilidade dessas tecnologias sociais nos seus espaços de moradia e/ou de participação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações da pesquisa demonstraram as condições inadequadas do saneamento no território do Complexo do Lins e a necessidade da implementação das tecnologias sociais em saúde de forma a contribuir na melhoria das condições do meio ambiente do território, os moradores apoiaram a instalação do biofiltro e bacia de evapotranspiração na comunidade Santa Teresinha, pois a mesma tinha todas as condições para que fosse construída as tecnologias.

Os moradores que participaram das oficinas possuem o entendimento do funcionamento das tecnologias sociais de saúde, como construir e como realizar a sua manutenção. Essas tecnologias podem ser alternativas para contribuir na melhoria das condições do saneamento nos territórios socioambientalmente vulnerabilizados (favelas e periferias).

As tecnologias sociais em saúde construídas, contribuem para a diminuição do despejo de esgoto in natura nos rios, o que contribuiu para a melhoria das condições ambientais da bacia hidrográfica do canal do Cunha.

REFERÊNCIAS

- [1]Jesus VMB, Costa, AB. Tecnologia social: breve referencial teórico e experiências ilustrativas. Tecnologia social políticas públicas. 2013;17.
- [2]Sotero-Martins A, Handam N B, Santos R F. Vulnerability caused by the lack of sanitation in slums of the Rio de Janeiro, Brazil. Int J Hydro. 2024;8.1: 21-25.
- [3]Handam NB, Santos JAA, Moraes J AHA, Alencar MFL, Ignacio CF, Sotero-Martins v. Drinking water quality in Brazilian urban slums. Rev Ambiente Água. 2020;15.3: e2532.

IMPLICAÇÕES DE GÊNERO NAS ESCOLHAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM RISCO CARDIOVASCULAR

Camila Blanco Cangussu¹

Marisa Alice Singulano

Maria Cristina Passos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A escolha alimentar é um processo dinâmico construído por diversos fatores, entre estes, os determinantes socioculturais[1]. Dessa maneira, entende-se como escolha alimentar não apenas o que é consumido, mas a seleção, o preparo e o consumo, bem como o papel simbólico do alimento tanto no cotidiano quanto em ocasiões especiais.

A infância é o período no qual os hábitos alimentares se constroem. Estruturas sociais são internalizadas pela criança formando sua identidade, pensamentos, emoções e comportamentos[2]. Assim, é importante compreender a influência dos determinantes socioculturais sobre as escolhas que definem a alimentação infantil pelos impactos gerados na vida adulta.

Na maior parte das famílias, cabe às mulheres, em especial às mães, a tarefa de definir e preparar a refeição das crianças e aos pais a função de aquisição dos alimentos[3]. Ressalta-se que papéis sociais definidos pelo gênero, bem como a estrutura familiar e, nela, a tarefa de cuidado com as crianças, são construtos sociais e históricos[4,5].

O contexto social que motivou a pesquisa é marcado pelas persistentes desigualdades de gênero que implicam em sobrecarga materna[6], bem como pelas iniquidades do sistema alimentar que implicam, entre outras coisas, num aumento expressivo de doenças crônicas não-transmissíveis que afetam sobretudo grupos mais vulneráveis, entre estes as crianças.

METODOLOGIA

Empreendeu-se estudo qualitativo analisando a percepção de pais e cuidadores responsáveis por crianças entre 6 e 10 anos com risco cardiovascular em Ouro Preto-MG. Os cuidadores responderam a entrevistas semiestruturadas que visavam a exploração do entendimento dos pais e cuidadores quanto às escolhas alimentares de suas crianças e suas possíveis relações com a percepção do risco cardiovascular.

O perfil socioeconômico destes familiares foi realizado a partir de um questionário que abordava idade, sexo/gênero, etnia/cor, grau de parentesco, nível de escolaridade e renda familiar.

O conteúdo transcrito foi explorado conforme preceitos da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), modalidade temática. As entrevistas foram interpretadas considerando a maneira como os aspectos socioculturais determinantes dos papéis de gênero, balizaram o modo de responder às

1 Departamento de Clínicas Pediátricas e do Adulto. E-mail: camila.cangussu@ufop.edu.br

tarefas e decisões cotidianas, tal qual a escolha alimentar. Assim, procurou-se identificar recorrências e cruzamentos entre determinantes socioeconômicos e percepções condicionadas pelo gênero. A partir das recorrências identificadas, construiu-se uma tipologia dos perfis de mães.

RESULTADOS

Foram entrevistados 16 responsáveis pela alimentação de crianças com diagnóstico de excesso de peso ou dislipidemia. A centralização do cuidado alimentar aparece na figura das mulheres, em especial das mães, independente das condições socioeconômicas, da estrutura familiar e do exercício de atividade remunerada. Os pais são figuras ausentes em muitos depoimentos ou sabotadores dos planos de alimentação saudável para as crianças. A presença do pai está mais relacionada à aquisição dos alimentos, reforçando o estereótipo cultural do homem-provedor.

As mães citam a dificuldade em conciliar a dupla jornada de trabalho com o cuidado à alimentação da criança, fator este mais importante que a situação financeira isoladamente. A literatura já indica a falta de tempo como principal barreira para que as mães preparem refeições saudáveis mencionando nos discursos que a escolha alimentar tem foco na praticidade.

A ausência do pai e a necessidade de rede de apoio acentuam conflitos familiares, em especial envolvendo diferentes gerações, observados no caso de mães que contam com rede de apoio da família, em especial dos avós. Conflitos familiares atrapalham os pais e cuidadores a colocarem em prática as orientações alimentares, em especial quando os filhos passam tempo na casa dos avós.

A responsabilidade das mães pela alimentação de filhos, bem como a sobrecarga pelo acúmulo de tarefas de cuidado e de provimento da alimentação e, ainda, a existência de conflitos familiares e geracionais se refletem em culpa e sofrimento materno. As mães expressam tristeza ao detectar o dano à saúde das crianças, assim como a dificuldade de implementar mudanças necessárias, especialmente na (trans)formação dos hábitos alimentares e, conseqüentemente, na prevenção do surgimento dos fatores de risco.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo aponta as mulheres como as principais responsáveis pela alimentação das crianças, ratificando a literatura que revela a divisão dos papéis de gênero, associando às mulheres as tarefas de cuidado, incluindo preparar e oferecer alimentos, e aos homens a compra/provisão de alimentos. Revela a necessidade de rede de apoio às mães, especialmente por aquelas que exercem atividade remunerada, rede esta não isenta de conflitos e tensões quando envolve familiares que tendem a burlar as orientações.

A percepção do julgamento social gera culpa e sofrimento, sobretudo para as mães solo, ou seja, cuidadoras e provedoras com escassa rede de apoio. Estes sentimentos e comportamentos devem ser acolhidos pelos profissionais de saúde, abordados no planejamento de políticas públicas para a alimentação infantil, especialmente no ambiente escolar, e compreendidos pela sociedade, na

perspectiva da quebra do ciclo vicioso de papéis de gênero que reforçam esquemas simbólicos de relações de poder.

REFERÊNCIAS

- [1] Erzse A, Goldstein S, Tugendhaft A, Norris SA, Barker M, Hofman KJ. The roles of men and women in maternal and child nutrition in urban South Africa: A qualitative secondary analysis. *Maternal child nutrition*. 2021; 17(3):215-237.
- [2] Sorrentino E, Bógus C, Venâncio S. A participação dos homens na alimentação infantil: novos caminhos para a equidade de gênero? *Saúde Soc*. 2021; 30(3):2-11.
- [3] Biasoli-Alves Z.M.M. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2000; 16 (3): 233-239.
- [4] Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- [5] Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*. 2007; 37 (13):595-609.
- [6] Zelizer V. Dualidades perigosas. *Mana*. 2009; 15(1):237-256.

INCIDENCIA DE CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN 2023 Y 2024. ANÁLISIS DE SU DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Carla Agustina Santomaso¹

Andrés Pereira

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa históricamente asociada a poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Suele presentarse en yuxtaposición con otras problemáticas complejas como el hacinamiento, situación de calle, VIH, condiciones laborales insalubres, informalidad laboral, entre otras. La tuberculosis persiste como problema de salud y cristaliza profundas desigualdades que se visibilizan a partir de su distribución espacial inequitativa. Su abordaje en las grandes ciudades, como es el caso de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante CABA), implica desafíos en la coordinación entre efectores de distintos niveles de complejidad y, en ocasiones, entre jurisdicciones; junto con un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial de la salud (1).

Como trabajadores de atención primaria de la salud de barrios populares en los últimos meses comenzamos a registrar un aumento de la carga de tareas vinculadas a la tuberculosis, tanto en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos como tareas de control en contactos y vigilancia. Este trabajo parte de preguntarnos si esta sensación se vincula con un aumento de la incidencia en la CABA o con cambios en su distribución. También sabemos que la distribución de la tuberculosis no es homogénea en la ciudad, nos interesa indagar sobre las diferencias que se registran entre las comunas (2).

OBJETIVO

Describir la evolución de la incidencia de casos notificados de tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo de 01/01/2023 al 31/12/2024. Caracterizar el perfil epidemiológico de los casos de notificados de tuberculosis. Comparar la incidencia de casos de tuberculosis por comuna de residencia en 2023 y 2024.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de los casos notificados de tuberculosis en la CABA en el período comprendido entre el 01/01/2023 y el 31/12/2024. La tuberculosis es un evento cuya notificación es obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (en adelante SNVS). Se solicitó a la Gerencia Operativa de Epidemiología los casos notificados y residentes en la CABA en el SNVS. Los datos se procesaron en planilla de cálculo Excel.

1 Centro de Salud y Acción Comunitaria. E-mail: agustinasantomaso@gmail.com

Para estimar la incidencia acumulada, se tomaron como numerador las notificaciones de tuberculosis de casos nuevos, es decir clasificadas al Inicio de tratamiento como: Nuevo, Recaída o Sin información, con datos de residencia en la CABA. Se incluyeron 20 casos notificados por efectores de la CABA sin datos que puedan asignarse a una jurisdicción de residencia. Se excluyeron 22 casos duplicados cuando los datos nominales coincidían en notificaciones de casos nuevos con menos de seis meses de diferencia de inicio de tratamiento o notificación. Los casos sin datos de comuna se distribuyeron proporcionalmente para calcular la incidencia por comuna. Se utilizaron como denominadores poblacionales las estimaciones publicadas por el Instituto de Estadísticas y Censos de la CABA (3).

RESULTADOS

Según el SNVS, en 2023 se registraron 1374 casos incidentes de tuberculosis en residentes de la CABA, en 2024, 1744 casos. La incidencia por 100 mil habitantes fue de 44,6 y 56,5 respectivamente, registró un aumento del 26,7%.

Respecto al sexo registrado, se observa un aumento de la razón de masculinidad, si se considera solo las categorías femenino y masculino, que pasó de 1,3 (769/593) en 2023 a 1,5 (1040/689) en 2024.

En relación a la distribución de la edad, la mediana de edad es de 31 años en 2023 y en 2024, con rangos intercuartílicos de 21 a 46 años y de 20 a 48 años, respectivamente.

El 23,4% de los casos registró formas extra-pulmonares en 2023, este porcentaje fue de 30,3% para 2024. Las más comunes fueron la pleural y la ganglionar. Considerando los casos con pruebas de sensibilidad, en 2023 un 6,2% de los casos registró resistencia a alguna droga (47 de 610) y en 2024 el 10,3% (77 de 750). Si bien la variable Resultado de tratamiento puede registrar demoras en la actualización de la evaluación, especialmente en los casos de 2024, es notable que 5,6% de los casos de 2023 se registran como fallecidos (77) y 6,1% en 2024 (107 casos).

Las comunas del sur de la ciudad, de peores condiciones socio-económicas y donde hay más barrios populares, registran tasas de incidencia más alta. En 2024 la Comuna 7 registra una tasa de incidencia acumulada por 100 mil habitantes de 122,7 casos de tuberculosis, distante al total de la ciudad (56,5) y a la Comuna 13, que registra la incidencia más baja de la CABA: 11,6 casos por 100 habitantes. Le sigue la Comuna 8 con 120,0 casos por 100 mil habitantes y la Comuna 1 con 110,2.

CONSIDERACIONES

En el período de estudio se evidencia un aumento en la incidencia de casos notificados de tuberculosis y la persistencia de un patrón de distribución inequitativa, identificada en estudios previos a la pandemia de COVID-19 (4). Las comunas donde existen barrios populares, concentran la mayor cantidad de casos incidentes. Se evidencia una tendencia desigual entre las comunas del sur y el norte de la CABA, exceptuando algunas comunas con presencia de barrios populares.

Tomando en cuenta la necesidad de articulación entre niveles de atención para garantizar el diagnóstico temprano y el acceso oportuno y sostenido al tratamiento, estos barrios son los que presentan un mayor desafío para los equipos de salud. El actual escenario de la CABA permite afirmar la persistencia de un patrón de reproducción de inequidades sanitarias y espaciales. Resulta necesario fortalecer las estrategias de abordaje y el intercambio de experiencias entre equipos de salud, especialmente en el caso de los efectores de salud del primer nivel de atención en barrios populares.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones aprendidas. Washington DC: Organización panamericana de la Salud, 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33988>
- (2) Equipo de la Gerencia Operativa de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal. 2024;423(9).
- (3) Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. Proyecciones de población por comuna y sexo. Ciudad de Buenos Aires. Años 2010/2025. Buenos Aires: Dirección de Estadística y Censos. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=28146>
- (4) Fundación Soberanía Sanitaria. La desigualdad en los casos de tuberculosis en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2019. Disponible en: <https://soberaniasanitaria.org.ar/la-desigualdad-en-los-casos-de-tuberculosis-en-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires/>

INCIDÊNCIA DE LEPTOSPIROSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (2007-2023): ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E OCUPACIONAIS

Thiago de Oliveira Loures¹

Thainá Aparecida Pereira Moura Cerqueira

Maria Angélica da Silva Ferreira

Júlia Vianna Donetto

Tiago Marques dos Santos

Isabele da Costa Angelo

Cheryl Gouveia

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma zoonose bacteriana amplamente distribuída em todo o mundo, causada por espiroquetas pertencentes à ordem *Spirochaetales*, família *Leptospiraceae* e gênero *Leptospira* [1]. Sua transmissão está frequentemente associada a enchentes em períodos quentes e úmidos do ano, desastres ambientais e ao rompimento de tubulações de água e esgoto, contaminando o ambiente com a urina de animais infectados e aumentando o risco da exposição a bactéria [2].

Além disso, este agravo pode estar relacionado a condições ocupacionais tanto em regiões rurais, onde trabalhadores agrícolas têm contato com solo enxarcado, ambientes úmidos e urina de animais [3], quanto em áreas urbanas, como canteiros de obras, onde a presença de umidade, resíduos da construção civil e falta de saneamento favorecem a proliferação de roedores e, consequentemente, a manutenção do agente no ambiente de trabalho [4].

OBJETIVO

Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi analisar as notificações de leptospirose no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2007 e 2023, assim como compreender a dinâmica da doença nas localidades de maior incidência.

METODOLOGIA

Para isso, foram utilizados dados disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer de Aprovação CEP nº 7.253.698) e analisados os municípios com maior incidência acumulada, além de variáveis como ocupação e sexo dos acometidos.

RESULTADOS

Dentre o período examinado, as cidades com maior incidência acumulada a cada 1000 habitantes foram: Campos dos Goytacazes 19,13; Porciúncula 10,63; Paraty 6,52; Rio das Flores

1 Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Email: thiagoloures@outlook.com

5,27; e Itaperuna 3,32. Esses dados evidenciam que, além de serem cidades do interior, algumas delas estão em regiões de divisa interestadual, como Porciúncula, que faz fronteira com Minas Gerais e Espírito Santo; Paraty, que se conecta ao estado de São Paulo; e Rio das Flores e Itaperuna, que fazem divisa com Minas Gerais. Portanto, essas localizações podem influenciar diretamente na tendência da doença, podendo a falta de integração entre as políticas públicas estaduais e municipais nas áreas ser um entrave significativo para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais e ambientais nessas regiões, contribuindo para o aumento da transmissão da bactéria.

Quanto à ocupação, três se destacaram entre esses municípios, foram elas pedreiro, trabalhadores do setor rural e donas de casa. Os pedreiros representaram 14,29% das notificações em Campos dos Goytacazes, 7,69% em Porciúncula, 25% em Paraty, 9,52% em Rio das Flores e 2,7% em Itaperuna. Os trabalhadores do setor rural corresponderam em Campos dos Goytacazes a 8,57%, Porciúncula 15,38 %, Rio das Flores 23,81% e Itaperuna 8,11%. A ocupação de dona de casa mostrou os seguintes valores: Campos dos Goytacazes com 2,86%, Porciúncula 7,69%, Paraty 8,33%, Rio das Flores 4,76% e Itaperuna 2,70%.

Em relação ao sexo, foi evidenciada uma maior frequência em indivíduos do sexo masculino nos cinco municípios, sendo: 76% em Campos dos Goytacazes, 66% em Porciúncula, 65% em Paraty, 85% em Rio das Flores e 71% em Itaperuna. Esses dados podem estar relacionados ao fato de o sexo masculino ser mais predominante nas ocupações pedreiro e trabalhadores do setor rural.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Sendo assim, configura-se um cenário de vulnerabilidade de determinados grupos, especialmente sob a perspectiva da saúde do trabalhador. Ocupações como os pedreiros/serventes frequentemente enfrentam condições insalubres nos canteiros de obras e trabalhadores rurais, como agricultores, constantemente são expostos a ambientes úmidos e contato direto com urina de animais, fatores que elevam o risco de adoecimento. Já as donas de casa se encontram vulneráveis devido a atividades que incluem a limpeza de quintais e o manejo de resíduos domésticos.

Além da exposição direta a esses riscos, essas ocupações muitas vezes não possuem registro formal, e, no caso das donas de casa, recorrentemente não há contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Essa informalidade agrava ainda mais a insegurança econômica e social, tornando esses grupos ainda mais suscetíveis aos impactos das doenças, como a leptospirose, inferindo significativamente na qualidade de vida dessas populações.

REFERÊNCIAS

- (1) Levett PN. Leptospirosis. Clin Microbiol Rev. 2001;14(2):296-326.
- (2) Hernandez-Rodriguez P, Trujillo-Rojas B. One health: a comprehensive approach to improve prevention and control strategies in Leptospirosis. Rev Cienc Agroveter. 2022 Mar 4;21(1):71-8.
- (3) Clazer M, et al. Leptospirase e seu aspecto ocupacional: revisão de literatura. Arq Cienc Vet Zool UNIPAR. 2015 Jul-Sep;18(3):191-8.
- (4) Souza AC. Gerenciamento de resíduos na construção civil Internet. 2016 citado ano mês dia. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/42578>.

INIQUIDADES RACIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE VISITAS DOMICILIARES A MULHERES NEGRAS

Francyne da Silva Silva¹

Elivan Silva Souza

Ellen de Moraes Guedes

Simone Seixas da Cruz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde é um direito constitucional no Brasil, garantido pela Constituição de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que se organiza a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. No entanto, a efetivação desse direito ainda é atravessada por profundas desigualdades estruturais. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 mostrou que mais de 150 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS, especialmente pessoas negras, com menor escolaridade e residentes nas regiões Norte e Nordeste (1). Essa dependência, contudo, não assegura acesso adequado e suficiente, sobretudo para as mulheres negras, que enfrentam barreiras determinadas por fatores sociais, territoriais e pelo racismo institucional (2). A Atenção Primária à Saúde (APS), com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é central na garantia do cuidado e na superação dessas iniquidades (3). As visitas domiciliares são ferramentas potentes na identificação de vulnerabilidades e na promoção da saúde. Discutir sua distribuição desigual revela os limites e desafios do modelo de cuidado vigente e a urgência de políticas organizadas por princípios éticos e decoloniais, que rompam com lógicas excludentes e promovam justiça social no cotidiano do SUS (4).

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo avaliar a associação entre ser mulher preta no Brasil e a baixa frequência de visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, considerando o papel central dessas visitas na identificação de vulnerabilidades e promoção da equidade no cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, observacional e analítico, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 (1). O objetivo foi avaliar a associação entre baixa frequência de visitas de ACS ou membros da ESF e ser mulher preta no Brasil. A amostra incluiu mulheres autodeclaradas pretas, com 18 a 59 anos, residentes em domicílios privados permanentes. A PNS 2019 utilizou amostragem em três estágios, com estratificação das unidades primárias. As

1

Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: francynedasilva@hotmail.com

variáveis de interesse foram a frequência de visitas domiciliares e raça/cor, ajustadas por covariáveis socioeconômicas. A análise foi realizada no STATA® versão 16, utilizando regressão logística e de Poisson com variância robusta. Todos os procedimentos seguiram diretrizes éticas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

A amostra do estudo incluiu 66.395 mulheres, com idades entre 18 e 59 anos, sendo 21,2% de mulheres pretas e 78,8% de mulheres brancas. A maioria das participantes (74,5%) estava na faixa etária de 25 a 54 anos. Quanto às visitas domiciliares realizadas por ACS ou membros da ESF nos últimos 12 meses, 55,9% das mulheres receberam menos de duas visitas. As mulheres pretas eram significativamente mais jovens ($p=0,041$), recebiam menos visitas domiciliares ($p=0,024$) e tinham menor escolaridade ($p=0,012$) em comparação às mulheres brancas. Não houve diferenças significativas quanto à distribuição de renda, número de pessoas no domicílio, cônjuge presente, percepção de saúde ou local de moradia. No entanto, as mulheres pretas apresentaram maiores percentuais de baixa renda, moravam com mais pessoas e relataram pior percepção da saúde. As análises brutas mostraram associação positiva entre raça/cor preta e baixa frequência de visitas domiciliares (OR=2,21, IC95% 1,10–4,45; RP=1,37, IC95% 1,06–1,77). Após ajuste por idade, escolaridade, renda e percepção de saúde, essa associação permaneceu significativa (OR=2,4, IC95% 1,14–5,16; RP=1,36, IC95% 1,06–1,74). A associação foi mais forte para mulheres que residem na zona rural (OR=4,01, IC95% 1,43–11,22; RP=2,26, IC95% 1,22–4,21), enquanto para as urbanas a associação não foi estatisticamente significativa, embora as mulheres pretas apresentassem 23% mais prevalência de baixa frequência de visitas (OR=1,96, IC95% 0,79–4,85; RP=1,23, IC95% 0,95–1,59).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados deste estudo evidenciam a iniquidade racial no acesso aos serviços de saúde, particularmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, com mulheres pretas apresentando maior prevalência de baixa frequência de visitas domiciliares. Essa associação persistiu mesmo após o ajuste por variáveis como idade, escolaridade, renda e percepção de saúde, sugerindo racismo institucional (1)(2). Esses achados ressaltam a urgência de políticas públicas que promovam a equidade no acesso à saúde, considerando as especificidades das mulheres pretas e alinhando-se aos princípios éticos, políticos e organizativos de sistemas universais e decoloniais de saúde (3)(4). Nesse sentido, é imprescindível investir na educação permanente dos profissionais de saúde, visando à desconstrução de preconceitos e à formação de práticas que rompam com as lógicas coloniais e racistas. Também é necessário qualificar o preenchimento do campo raça/cor nos sistemas de informação do SUS e ampliar a pesquisa sobre os impactos do racismo, com o objetivo de eliminar as desigualdades raciais no acesso aos cuidados de saúde e promover um modelo de cuidado que seja verdadeiramente universal, equânime e inclusivo (5).

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
2. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* 2016;25(3):535-49.
3. 2017. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS;
4. Lopes F, Ribeiro JP, Paiva FS. O racismo e a saúde da população negra. In: Batista LE et al., orgs. *Saúde da população negra*. Brasília: ABPN; 2012.
5. Barreto ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(7):2097-108.

INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS COM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO BRASIL

Julia Magalhães Cabral¹

Leticia Ramos da Silva

Eloah Costa Sant Anna Ribeiro

Maria Luiza Barreto Medeiros da Silva

João Anselmo Santos Lopes

Aline Alves Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A garantia do acesso à uma alimentação adequada e saudável desempenha um papel essencial na sociedade, sendo um direito e princípio de dignidade humana reconhecido em todo o mundo [1]. A insegurança alimentar (IA), ausência ou diminuição deste direito, impacta em maior proporção grupos mais vulneráveis socialmente, como famílias de baixa renda, lares chefiados por mulheres, pessoas de raça/cor da pele preta e parda e também, domicílios com crianças menores de 5 anos [2]. O impacto da condição de IA em crianças pode ocasionar problemas no desenvolvimento físico, psico-cognitivo e neurológico, ocasionando assim o comprometimento de modo irreversível devido a privação de alimentos [3]. Portanto, monitorar a IA é especialmente importante em domicílios que tenham crianças, principalmente nos primeiros anos de vida. No Brasil, a IA é monitorada nacionalmente desde 2004. Dessa forma, a análise de dados em inquéritos populacionais que possuem o monitoramento da IA no país, com foco nos lares com crianças de 0 a 5 anos e suas variações ao longo do tempo, é um importante subsídio para se compreender impactos de políticas públicas implementadas e destacar as desigualdades sociais que atingem as crianças no Brasil.

OBJETIVO

Descrever a situação de insegurança alimentar em famílias com menores de 5 anos no Brasil entre 2004 e 2024.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo documental, realizada no período de março a abril de 2025 de inquéritos populacionais nacionais que avaliaram a IA. Foram incluídos apenas estudos com dados referentes a domicílios com menores de 5 anos. AIA foi aferida por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), escala domiciliar. A busca ocorreu a partir da plataforma do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de bibliotecas de documentos/periódicos como Biblioteca Virtual de Saúde e Portal Capes. A seleção dos documentos foi baseada numa pré-

análise, na qual foram definidas as palavras-chave, hipóteses, organização/fichamento dos achados e análise dos dados coletados. Por fim, as bases de dados analisadas foram Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos módulos 2004, 2009, 2013 e 2023, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018 e o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019.

RESULTADOS

Foram localizados 70 documentos, compondo variadas edições dos inquéritos populacionais. Contudo, somente 7 apresentaram dados sobre domicílios com crianças de 0 a 5 anos e informações sobre a situação de IA no Brasil. De forma geral, domicílios com menores de 5 anos tiveram maior IA quando comparada às demais faixas etárias. Em 2004 (PNAD), ano em que a EBIA foi validada no Brasil, em meio a marcos importantes como a criação do Programa Fome Zero e do Bolsa Família, 47,4% dos domicílios com menores de 5 anos estavam em algum nível de IA, sendo 13,3% em IA Moderada e 9,1% em IA grave. Em 2006, os dados da PNDS revelaram que, 18,2% dos lares com menos de 5 anos conviviam com a fome, sendo o ano com maior pico de IA grave, percentual reduzido em -64,8% em 2009 (6,4%). O ano de 2013 apresentou o menor percentual de IA grave (4%) e o maior de SA (63,7%), esses valores mudaram drasticamente em 2018, onde a SA apresentou uma variação de -24%, sendo o ponto mais crítico de todos os anos analisados, culminando no retorno do país para o mapa da fome. Em 2019, ano marcado pelo desmonte de políticas públicas como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, foi um período que ocorreu a maior prevalência de IA Leve (38,1%) desde o início do monitoramento nacional. Entre 2019 (ENANI) e 2023 (PNAD), foi notada a variação de 20% de SA, alcançando 63,6% dos lares com pelo menos um morador menor de cinco anos. Ainda assim, o percentual permaneceu inferior ao do ano de 2013 (67,6%), ano com melhor percentual de SA.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No Brasil, o monitoramento da IA mostrou variações ao longo do período analisado, destacando-se os domicílios com crianças menores de 5 anos, no qual o ano com a maior IA grave foi em 2006, podendo ser o reflexo do cenário de pobreza e desigualdade acentuado no país. Por outro lado, em 2013, ano marcado pela consolidação de políticas de combate à fome e à pobreza, a SA foi maior, seguida de uma redução significativa a partir de 2017 (-24%), sendo atribuída a crise econômica que o país enfrentou a partir de 2015. Em 2023, houve uma melhora parcial da IA, possivelmente resultado da retomada de políticas de enfrentamento à fome. Diante desse cenário, torna-se necessário o monitoramento da IA com o intuito de orientar estratégias imediatas para mitigar tal problema e a longo prazo em domicílios com crianças, a fim de garantir que as famílias tenham acesso a uma alimentação com qualidade e quantidade suficiente por intermédio de políticas e programas de segurança alimentar e nutricional.

REFERÊNCIAS

- [1] Rodrigues AVA, Costa DM, Costa RS. Desigualdades de gênero e renda das famílias brasileiras: implicações para a segurança alimentar e nutricional. Ciênc Saúde Colet. 2024.
- [2] Costa RS, Ferreira AA, Castro Junior P, Burlandy L. Sistemas Alimentares, Fome e Insegurança Alimentar e Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
- [3] Poblacion AP, Marín-León L, Segall-Corrêa AM, Silveira JA, Taddei JA de AC. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. Cad Saúde Pública. 2014May;30(5):1067–78.

INSEGURANÇA ALIMENTAR NO BRASIL: DIFERENÇAS REGIONAIS NA REDUÇÃO DA FOME APÓS A PANDEMIA DE COVID-19

Eloah Costa Sant Anna Ribeiro ¹

João Anselmo Santos Lopes

Julia Magalhães Cabral

Vinicius Pereira de Carvalho

Luana Teixeira Ghiggino

Rosana Salles-Costa

Aline Alves Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar (IA) pode ser captada pelas desigualdades sociais e regionais. O Brasil é um país com um histórico de sucessivas crises políticas, sanitárias e econômicas, e segundo o monitoramento da IA nacional observa-se um aumento da fome. As macrorregiões brasileiras são heterogêneas e possuem características sociais que acentuam as desigualdades entre a população. Essa disparidade agrava-se ao analisar a dimensão das áreas rural e urbana [1].

Durante a pandemia, 15% da população na área urbana encontrava-se em IA grave, enquanto, na área rural existiam 18,6% de famílias nos piores níveis de IA [2]. Entretanto, em 2023, houve uma melhora nesse quadro, e foi observada uma redução nacional da IA, porém, não foi igualitária. Tal redução pode estar associada ao fim da emergência sanitária, à retomada dos vínculos empregatícios e à priorização do combate à fome e à pobreza na agenda do governo federal [3].

Apesar da importância da temática, ainda são escassos trabalhos que tenham analisado a IA entre as áreas de moradia, principalmente segundo as macrorregiões brasileiras.

OBJETIVO

Analisar a redução da insegurança alimentar nas macrorregiões do Brasil segundo área rural e urbana no contexto pós-pandemia de Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com microdados de dois inquéritos populacionais, o VIGISAN de 2022 (n=12.745 domicílios), realizada pela Rede Penssan e a Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares de 2023 (n= 173.676 domicílios), conduzida pelo IBGE. A IA foi aferida pelas duas versões da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar/Ebia (2022=versão curta [8 perguntas/Ebia8]); 2023=versão completa [14 perguntas/Ebia14]), comparáveis entre si. Os domicílios foram

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: eloahcsr@gmail.com

classificados em segurança alimentar, IA leve, moderada e grave, sendo os dois últimos analisados conjuntamente para examinar os casos mais severos de restrição alimentar.

Foram analisadas a área urbana e rural e a macrorregião dos domicílios. Estimou-se as prevalências (p) da IA para as famílias de áreas urbanas e rurais, para os inquéritos com base na Ebia, e as diferenças percentuais (DP%) foram avaliadas considerando os dois inquéritos (2022-2023), dado por $[C\Delta = (Py2 - Py1)/Py1]g'$, onde Py2 e Py1 representam as prevalências nos anos de 2023 e 2022, respectivamente. Análise estatística realizada considerando o delineamento amostral complexo e intervalos de confiança de 95% (IC 95%) utilizando o software Stata 16.

RESULTADOS

Em 2022, as maiores prevalências de IA moderada/grave foram identificadas nas áreas urbanas do Norte (44,3%; IC95%: 41,8–46,8) e Nordeste (37,3%; IC95%: 35,21–39,45). Nas áreas rurais, essas regiões também se destacaram, com prevalências ainda mais elevadas (Norte: 48,0%; IC95%: 45,79–50,17; Nordeste: 42,2%; IC95%: 38,85–45,58), indicando maior gravidade em comparação ao meio urbano.

Em contrapartida, ainda durante a pandemia de Covid-19, as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores prevalências de segurança alimentar, tanto na área rural (Sul: 56,3%; IC95%: 43,07–68,77; Sudeste: 47,8%; IC95%: 41,67–53,98) quanto na urbana (Sul: 51,0%; IC95%: 48,64–53,36; Sudeste: 45,2%; IC95%: 42,45–47,93).

Em 2023, após a pandemia de Covid-19, verificou-se redução significativa da IA em todas as macrorregiões. No entanto, Norte e Nordeste permaneceram com os maiores percentuais de IA moderada ou grave: nas áreas rurais, Norte (25,9%) e Nordeste (20,6%); nas áreas urbanas, Norte (18,2%) e Nordeste (17,6%). Destacando-se as marcantes desigualdades regionais e sociais que podem ser captados pela IA, mesmo com a melhoria do cenário da fome nacional.

Quanto à variação percentual da IA entre 2022 e 2023, na área rural, as maiores reduções da IA leve ocorreram nas regiões Sul (-60,1%) e Centro-Oeste (-47,0%), enquanto as maiores quedas da IA moderada/grave foram observadas no Sul (-82,8%) e Sudeste (-71,9%). Na área urbana, a IA leve apresentou redução expressiva no Sul (-59,9%) e Centro-Oeste (-53,8%), e a IA moderada/grave diminuiu mais significativamente no Sul (-72,5%) e Sudeste (-68,7%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados evidenciaram que as desigualdades regionais relacionadas à IA manifestam-se de forma distinta no território brasileiro. De acordo com o monitoramento de IA no Brasil, os domicílios situados na área rural eram marcados pelas maiores prevalências de IA no Norte e Nordeste, que mesmo após a diminuição após a pandemia.

Esta situação pode estar relacionada ao histórico de desigualdades sociais existentes nestas localidades, que impactam diretamente no acesso à alimentação adequada e saudável, e está atrelado aos determinantes sociais de saúde.

Os achados destacam a necessidade urgente de políticas públicas e programas sociais que promovam a redução das desigualdades regionais, a melhoria das condições de vida e a segurança alimentar e nutricional, considerando as especificidades territoriais das áreas urbanas e rural do país.

REFERÊNCIAS

- [1] Cherol CCS, Ferreira AA, Lignani JB, Salles-Costa R. Regional and social inequalities in food insecurity in Brazil, 2013-2018. Cad Saúde Pública. 2023;38(12):e00083822. Doi: [10.1590/0102-311XEN083822](https://doi.org/10.1590/0102-311XEN083822)
- [2] Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. São Paulo; 2022. Disponível em: olheparaafome.com.br.
- [3] IBGE. Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares 2023: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSEGURANÇA HÍDRICA NAS ÁREAS URBANAS E RURAIS DO BRASIL: ANÁLISE DOS DADOS DO II INQUÉRITO NACIONAL SOBRE INSEGURANÇA ALIMENTAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

Camilla Christine de Souza Cherol¹

Juliana Chaves Barbosa

Luziene Santos da Silva

Eloah Costa de Sant Anna Ribeiro

Thainá Ferreira de Lima

Júlia Nascimento Lobato

Karina Neves da Silva Telles

Juliana Salustiano da Silva Júlio

Rosana Salles-Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Cerca de metade da população global enfrenta grave escassez de água por, pelo menos, um mês por ano. Enquanto eventos extremos climáticos, como enchentes, secas, inundações, têm afetado a produção de alimentos e forçado milhões de pessoas a deixarem suas casas todos os anos [1]. Enfrentar os desafios do fornecimento desigual e da crescente escassez de água é uma questão urgente de saúde pública [2].

O fornecimento e distribuição de água no Brasil é marcado por significativas diferenças regionais, refletindo disparidades socioeconômicas, climáticas e estruturais [3]. Nesse contexto, o debate sobre a insegurança hídrica adquire um caráter territorial, tornando essencial a análise da disponibilidade e acesso à água nas diferentes regiões do país e entre áreas rurais e urbanas, evidenciando a necessidade de políticas públicas eficazes para reduzir a crise hídrica.

A insegurança hídrica, além de impactar diretamente o bem-estar da população, está associada a problemas de saúde e à insegurança alimentar [4]. Diante desse cenário, a análise das desigualdades regionais no acesso à água torna-se fundamental para a formulação de estratégias que garantam um abastecimento equitativo, promovendo melhores condições de vida e saúde para a população brasileira.

OBJETIVO

Verificar a diferença da insegurança hídrica nas áreas urbana e rural segundo as macrorregiões brasileiras.

METODOLOGIA

Estudo transversal com dados secundários da II Pesquisa Nacional de Insegurança Alimentar durante a Pandemia de COVID-19 (II VIGISAN), realizada pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN) em 2022 (n=12.745). Trata-se do único inquérito nacional que avaliou a insegurança hídrica por meio da versão atual, em português, da escala “Household Water Insecurity Experiences (HWISE)”, composta por 12 perguntas e cinco opções de respostas. Ela considera acessibilidade, disponibilidade, uso, aceitabilidade e confiabilidade da água ao longo de 4 semanas nos domicílios. A partir do somatório das respostas afirmativas, os domicílios podem ser classificados em segurança hídrica ou insegurança hídrica.

Os dados foram analisados para as áreas urbana e rural nas cinco regiões. A associação entre a insegurança hídrica foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado, adotando-se um nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no Stata 16.0 com dados expandidos. Os dados foram disponibilizados pela Rede PENSSAN para a realização do presente estudo.

RESULTADOS

As famílias das regiões Norte (17,8%; IC95%: 15,8-20,0) e Nordeste (15,6%; IC95%: 14,0-17,3) obtiveram as maiores prevalências de insegurança hídrica, sendo superior a do país (11,0%; IC95%: 10,01-12,0). Famílias de área rural tiveram significativamente maior prevalência da insegurança hídrica quando comparadas com aquelas de áreas urbanas (rural=15,1%; IC 95%: 12,6-17,9; urbana=10,3%; IC95%: 9,3-11,4). Na comparação da prevalência de insegurança hídrica entre as áreas de cada macrorregião, a maior prevalência de insegurança hídrica no país foi observada na zona rural do Nordeste (rural= 21,7%; IC95%: 17,2-27,0; urbana= 13,5%; IC95%:11,9-15,3), enquanto a menor prevalência ocorreu na zona rural da região Sul (rural= 5,1%; IC95%:2,9-8,9; urbana= 9,6%; IC95%: 7,7-12,0).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Por meio da atual versão em português da HWISE foi identificado diferenças regionais no acesso à água de qualidade, principalmente na área rural da região Nordeste. O que aponta a existência de uma vulnerabilidade do Nordeste rural no acesso e/ou no fornecimento de água de qualidade, fato que pode impactar o acesso à alimentação. Enquanto que a área rural da região Sul apresentou menores proporções de insegurança hídrica. Ressalta-se a importância de verificar a violação do acesso à água potável considerando as especificidades de cada área e região do país.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Painel Intergovernamental sobre Mudança do Clima. Mudança do Clima 2023: Relatório Síntese. Brasília, DF: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; 2023
- (2) Rosana SC *et al.* Food insecurity and water insecurity measurement in Brazil: Sustainable Development Goals monitoring through experiential scales. *Cad Saude Publica*. 2024 28;41(2):e00153524.
- (3) Ribeiro EC *et al.* Insegurança alimentar, meio ambiente e habitabilidade em domicílios situados nas áreas urbana e rural no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2024;40(12):e00089424.
- (4) Young SL *et al.* Perspective: The importance of water security for ensuring food security, good nutrition, and well-being. *Adv Nutr*. 2021;12(4):1058–73.

INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES CON PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO

Andrea Elizabeth Araujo Saldivar¹

Angélica Jiménez Briseño

Rivera-Marquéz José Alberto

INTRODUCCIÓN

La inseguridad alimentaria – esto es, un acceso limitado o incierto a una alimentación adecuada en términos de cantidad, calidad y aceptabilidad social (1)– afecta los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y muerte de las personas adultas mayores de manera particular y diferenciada respecto a otros grupos de la población. Las limitaciones para generar recursos propios y transformar los que se tiene disponibles son dos barreras que impiden a las personas mayores ejercer plenamente su derecho humano y fundamental a una alimentación adecuada. Esta problemática se ve agravada por otros determinantes tales como: una salud precaria, deterioro funcional y cognitivo; la ausencia de redes sociales de apoyo y la imposibilidad de satisfacer otros derechos sociales previstos en la Constitución mexicana. Pese a los recientes avances observados en materia de política social dirigida a la población adulta mayor en México, aún existen vacíos importantes en lo que se refiere a la satisfacción colectiva de sus necesidades de alimentación-nutrición.

OBJETIVO

Visibilizar la problemática de la inseguridad alimentaria en personas adultas mayores de México, en un contexto en el que la política social de los últimos seis años ha elevado a rango constitucional el derecho a una pensión universal para este sector de la población.

METODOLOGÍA

Con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición sobre Covid-19 (2), en México, cerca de 20.0% de los hogares jefaturados por personas adultas mayores de 64 y más años tuvieron inseguridad alimentaria de moderada a severa, lo que significa que experimentaron carencia por acceso a los alimentos. La inseguridad alimentaria también se presentó en poco más de la cuarta de los hogares cuya jefa o jefe no completó la educación básica, así como en la quinta parte de los hogares donde la jefa o jefe adulto mayor carecía de un empleo. La inseguridad alimentaria es 2.0 veces más prevalente en hogares donde la jefa o jefe adulto mayor carece de acceso a servicios de salud o atención médica o habla una lengua indígena y alrededor 1.2 veces mayor en hogares en condiciones de hacinamiento o que dependen de un solo miembro para su manutención. Las regiones del país con las prevalencias más

1

Universidad Autónoma Metropolitana. E-mail: andelizabetharaujo@gmail.com

altas de inseguridad alimentaria en hogares jefaturados por personas adultas mayores son la Península de Yucatán, con 31.0%, y la región Pacífico Sur, con 22.3%.

Existe inseguridad alimentaria cuando las personas no cuentan con recursos económicos, insumos o alimentos suficientes para cubrir sus necesidades diarias de alimentación. En sociedades de mercado el ingreso es el medio principal para satisfacer las necesidades humanas básicas. Idealmente, se debería tener la capacidad de generar ingresos propios y transformar los recursos disponibles para adquirir alimentos nutritivos e inocuos, y que sean afines a los patrones culturales de cada grupo particular de la población (3).

Padecer inseguridad alimentaria es contraria al derecho humano y fundamental a una alimentación adecuada que, en México, por obligación del Estado, debe ser garantizado según lo dispuesto en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (4). En México, por ley, la población de 65 y más años recibe bimestralmente una pensión universal no contributiva de 6 mil pesos. Se ha sugerido que esta iniciativa ha ayudado, por un lado, a superar las líneas de pobreza en hogares con personas adultas mayores y, por el otro, a reducir el número de carencias sociales (5).

Datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social muestran, que de 2018 a 2020 el porcentaje de personas de 65 y más años en condición de pobreza pasó de 43.2% a 37.9% (6). Contar con esa fuente de ingreso supondría, entonces, mejores condiciones para acceder a los alimentos. Sin embargo, en ocasiones las personas adultas mayores destinan una parte importante de sus recursos, ya sea para el cuidado de su salud, o para asumir otros gastos, lo que podría limitar la compra de alimentos favoreciendo así las experiencias de inseguridad alimentaria (7).

CONSIDERACIONES

La inseguridad alimentaria afecta a amplios grupos y hogares en México, particularmente a sectores que tienen dificultades para generar sus propios recursos. Tal es el caso de los hogares que incluyen personas adultas mayores, en los cuales se observan diversas limitaciones para satisfacer las necesidades humanas más esenciales, en contraste con grupos más jóvenes. Las adversidades económicas no sólo repercuten en la satisfacción del hambre, sino que además afectan negativamente la salud de las personas mayores. Vivir en condiciones de inseguridad alimentaria incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que, acelera los procesos de limitación funcional y cognitiva, favoreciendo, por ejemplo, la pérdida de autonomía, la fragilidad y la invalidez. Durante la vejez, la inseguridad alimentaria activa mecanismos de supervivencia tales como comer siempre un mismo alimento, reducir porciones o eliminar tiempos de comida.

REFERENCIAS

- (1) FAO. ELCSA. 2012. Disponible en: <https://goo.su/cseHrJl>
- (2) Shamah T *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. 2021. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
- (3) Rivera J. La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud-enfermedad. En: Jarillo E, Guinsberg L, editores. La salud colectiva en México; 2007. p. 153-169.
- (4) Mexico. Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2025. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- (5) Barrera M, Reyes O, Marín L. Adultos mayores y pobreza. Efecto del incremento de la Pensión Universal en México (2018-2024). 2021. Disponible en: <https://ru.iiec.unam.mx/5551/1/033-Barrera-Reyes-Marín.pdf>
- (6) CONEVAL. Medición de la pobreza. 2020. Disponible en: <https://goo.su/zFVhTvb>
- (7) Vaudin A, Moshfegh A, Sahyoun N. Measuring Food Insecurity in Older Adults Using Both Physical and Economic Food Access, NHANES 2013–18. J Nutr. 2022;152(11):1953-1962. Disponible en: [https://jn.nutrition.org/article/S0022-3166\(22\)00683-6/pdf](https://jn.nutrition.org/article/S0022-3166(22)00683-6/pdf)

INTERSEÇÃO ENTRE DEFICIÊNCIA E GÊNERO: CONSTRUÇÕES SOCIAIS DO CORPO E OS IMPACTOS NA SAÚDE

Wagner Nery Copola¹

Nilza Rogéria de Andrade Nunes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este estudo investiga a interseção entre gênero e deficiência, com um debate a partir de Diniz, analisando como normas sociais moldam a percepção e a vivência de indivíduos que fogem dos padrões tradicionais de aceitação e consequentemente impactam na saúde destas pessoas (1). A pesquisa busca compreender como as construções sociais dessas identidades se entrelaçam, impactando relações de poder, identidade, afetividade e saúde, considerando as desigualdades estruturais que afetam essa população. As normas sociais, influenciadas por valores culturais, determinam o que é considerado “normal” e “aceitável”. O estudo aprofunda-se nas codificações atribuídas aos corpos e na funcionalidade das pessoas com deficiência. A materialidade dos corpos, baseada nos estudos de Butler, destaca que o corpo não é apenas biológico, mas socialmente construído (2). A marginalização de corpos dissidentes resulta em opressão e violência, perpetuadas pela sociedade e pelo Estado. Essa violência manifesta-se na desumanização e infantilização das pessoas com deficiência, comprometendo sua autonomia. Assim, consideramos como as determinações sociais da saúde, pontuadas por De Mario, produzem a violência simbólica que afetam o acesso a políticas públicas e ao cuidado adequado, reforçando desigualdades e comprometendo o bem-estar dessa população (3).

OBJETIVO

Analisar como as normas sociais de gênero e funcionalidade corporal atua como determinantes sociais da saúde, contribuindo para processos de exclusão simbólica e material de pessoas com deficiência, com foco nas implicações para o acesso a direitos em saúde. E ainda, examinar os discursos biomédicos, culturais e institucionais que associam deficiência à incapacidade; discutir como a construção social dos corpos com deficiência se articula com os marcadores de gênero na produção de desigualdades.

METODOLOGIA

Este estudo utiliza uma revisão sistemática, baseada em pesquisas e na análise fundamentada na revisão de literatura sobre gênero, deficiência e normas sociais com base em materiais publicados entre 2000 e 2024, selecionados por meio de busca sistematizada em bases de dados como SciELO, Lilacs, PubMed e Google Scholar, utilizando descritores como “sexualidade e deficiência”, “gênero”, “interseccionalidade”, “corpo e saúde”, “determinantes sociais da saúde” e “direitos sexuais e reprodutivos”.

1

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: wagnercopola@gmail.com

A análise será orientada por referenciais críticos como Judith Butler, para discutir a materialidade dos corpos (1) e a relação entre identidade e poder, assim como o debate de gênero (4), apresentado por Heleieth Saffioti. A interpretação dos dados se dará à luz das teorias de gênero, da crítica ao modelo biomédico hegemônico e da construção social do corpo e da sexualidade. O foco recairá sobre os processos de invisibilização, negação e infantilização da sexualidade de pessoas com deficiência, especialmente das mulheres, e os impactos disso para o acesso à saúde e à autonomia corporal.

RESULTADOS

Os resultados apontam que as normas sociais exercem um papel central na construção e perpetuação de padrões corporais e identitários que excluem indivíduos com deficiência. A ideia de corpo ideal é sustentada por valores culturais que reforçam um modelo de funcionalidade e estética hegemônico, desconsiderando a diversidade corporal e suas formas de existência.

No campo da masculinidade, por exemplo, observa-se que homens com deficiência têm sua virilidade questionada, o que impacta sua autoimagem e seu posicionamento social. No caso das mulheres, a interseção entre deficiência e gênero intensifica a opressão, visto que são frequentemente infantilizadas e desprovidas de autonomia, sendo vistas como incapazes de exercer sua sexualidade e de tomar decisões sobre o próprio corpo.

Ademais, a negação da sexualidade das pessoas com deficiência está profundamente enraizada na cultura e nas instituições sociais, o que impacta negativamente a saúde sexual e reprodutiva dessa população. As barreiras não são apenas físicas, mas também simbólicas, refletindo um sistema que desvaloriza a diversidade e reforça padrões inatingíveis de normalidade e produtividade.

Os achados da pesquisa evidenciam a necessidade de desconstruir os discursos dominantes que restringem a existência das pessoas com deficiência a um papel passivo e dependente. A inclusão efetiva requer a reformulação de políticas e práticas sociais que assegurem o reconhecimento da diversidade e o direito à autonomia e ao desejo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise da interseção entre deficiência e gênero revela a complexidade das normas que regulam os corpos e suas conseqüentes opressões. As construções sociais, ao estabelecerem padrões excludentes, limitam o reconhecimento e a valorização de corpos que não se encaixam nessas normas hegemônicas.

Este estudo enfatiza a necessidade de uma abordagem inclusiva e interseccional na luta por igualdade e justiça social. A desconstrução de estigmas e preconceitos é essencial para o avanço de políticas públicas e práticas institucionais que promovam o respeito à diversidade e garantam condições dignas para todas as pessoas. Ao desafiar os padrões normativos, abre-se espaço para uma sociedade mais justa, onde a pluralidade de existências seja verdadeiramente reconhecida e valorizada.

REFERÊNCIAS

- (1) Diniz D. O modelo social da deficiência: a crítica feminista. Série Anis. Brasília, DF: LetrasLivres; 2003. Disponível em: [http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa28\(diniz\)%20deficienciafeminismo.pdf](http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa28(diniz)%20deficienciafeminismo.pdf)
- (2) Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: Louro GL, organizadora. O corpo educado. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2001. p. 151–72.
- (3) De Mario CG. Determinantes sociais da saúde: apontamentos para uma abordagem crítica. Mediações-Rev Cien Soc. 2023;28(3):1–18. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/47718>
- (4) Saffioti IHB. Primórdios do conceito de gênero. Cadernos Pagu. 2015;(12):157–63. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812>

INTERSECCIONALIDADE E FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO-A ABORDAGEM DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE EM UM CURSO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO

Claudia March¹

Erika Sophia de Souza Silva

Thalita dos Santos Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil, garantido constitucionalmente desde 1988, como um direito de todos e dever do Estado, pressupõe que a formação e a atuação de profissionais de saúde sejam pautadas pelas necessidades de saúde da população, considerando os princípios do SUS, com destaque para a integralidade e a equidade. Historicamente, diversos movimentos atuaram na implementação de mudanças na formação de profissionais de saúde, em busca de uma atenção à saúde e serviços de saúde mais resolutivos e equânimes. [1] No período mais recente, as pesquisas apontam que a atuação dos movimentos sociais tem sido fundamental para a crescente incorporação das temáticas interseccionais na formação em saúde. Políticas públicas de educação e saúde também têm contribuído para mudanças, ainda que insuficientes. [2] Internacionalmente, o debate sobre a interseccionalidade e a formação e atuação de profissionais de saúde apresenta concepções distintas da interseccionalidade [3] No campo de estudos sobre a formação em Nutrição no Brasil, ainda que historicamente haja um debate sobre a determinação social da questão alimentar-nutricional, ainda é incipiente o debate sobre a inclusão de temas relacionados à raça, etnia, gênero e classe. Inspiradas por Bell Hooks, em seu livro *Ensinando Comunidade: uma pedagogia da esperança*, apresentamos o pressuposto de que a presença de estudos interseccionais na universidade propicia contranarrativas às abordagens que desconsideram a exploração e as opressões nos aprendizados.

OBJETIVO

Identificar e analisar a inserção das temáticas de raça, gênero e classe e sua imbricação, na perspectiva da interseccionalidade, na formação de nutricionistas em uma universidade pública federal do Rio de Janeiro, no campus localizado no interior do estado. Identificar e analisar a abordagem das temáticas de raça, gênero e classe no Projeto Pedagógico de Curso, nas disciplinas e nos projetos de pesquisa e de extensão de docentes vinculados aos cursos.

METODOLOGIA

Considerando a carga histórica, cultural, política e ideológica do objeto de nossa pesquisa e a impossibilidade de ser expresso por fórmulas ou dados numéricos, adotamos a pesquisa qualitativa.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: claudiamarch@id.uff.br

[1] Nosso campo de pesquisa é o cursos de graduação em Nutrição da UFRJ (Campus de Macaé). O corpus de análise é constituído por um conjunto de documentos que expressam as dimensões da formação de nutricionistas nos cursos analisados – ensino, pesquisa e extensão. Na página eletrônica do referido cursos foram selecionados o PPC, as Ementas e os Programas das disciplinas e a listagem de docentes vinculados ao curso. Na Plataforma Lattes foram selecionados os currículos docentes, como fonte de dados referentes às atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas.[1] Para análise dos dados, utilizamos a análise temática e categorial, procedendo-se com a identificação dos núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença tenha significado para o objeto analisado. Como temáticas e categorias de análise–saúde; nutrição; determinação social da questão alimentar-nutricional; equidade; raça; etnia; gênero; classe social; e interseccionalidade.[4]

RESULTADOS

Em relação ao PPC analisado, há na *Introdução* a referência à construção de uma identidade do Curso com a realidade regional, a partir do que denominaram “*diversidade da população da região*”. Ao afirmar o contexto político, econômico, sociocultural e histórico da região da implementação do curso, aponta para uma formação centrada na realidade, ancorada na *determinação social do processo saúde-doença* e no *trabalho em saúde*, como categoria central. A formação humanística dos egressos do curso se relaciona à *promoção da equidade na sociedade*. Já na seção que se refere à *Organização do Currículo do Curso* destacamos no documento a proposta de ruptura de paradigmas disciplinares. A proposição da interdisciplinaridade é apresentada a partir da organização não em departamentos, mas em *núcleos*. As *questões étnico-raciais* são referidas no documento de forma explícita, inclusive com referência às DCN para Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena. A abordagem da questão étnico-racial, assim como de gênero e socioeconômica são referidas na apresentação da “*organização didático-pedagógica*”, ainda que o texto afirme que tais abordagens “*não constam de forma explícita na grade curricular das unidades obrigatórias*”. O texto ressalta, entretanto, que são temáticas transversais a algumas disciplinas obrigatórias e disciplinas optativas e eletivas. Em nossa análise das *Ementas e Programas das Disciplinas* identificamos que tais abordagens se concentram em algumas disciplinas e projetos de extensão ligados ao campo da Nutrição e Saúde Coletiva e da Alimentação para Coletividades. A transversalidade não se evidencia, em nossa análise documental, nas disciplinas referentes ao campo da Nutrição Clínica. Os resultados apontam ainda que nos *currículos docentes* a abordagem das temáticas relacionadas a gênero, etnia, raça e classe está presente em um grupo vinculado à área de conhecimento da Saúde Coletiva, em projetos de pesquisa e extensão que abordam as temáticas, assim como na produção científica.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os limites da análise documental se evidenciam na medida em que não conseguimos identificar, a partir da metodologia aqui adotada, a conexão entre a produção científica docente encontrada nos resultados e a formação discente. Também está fora do escopo da análise documental, captar

a abordagem das temáticas no currículo vivo, em ato. Por se tratar da primeira fase da pesquisa, que prosseguirá com pesquisa de campo e entrevistas semi-estruturadas com docentes e discentes, consideramos que os resultados preliminares apontam para pistas de construção de contranarrativas às abordagens hegemônicas, que desconsideram a exploração e as opressões nos aprendizados presentes no referido curso.

REFERÊNCIAS

- (1) March C. Interseccionalidade e formação em Nutrição—a abordagem de raça, gênero e classe na formação de nutricionistas em universidades públicas do rio de janeiro: uma análise documental. Niterói: UFF; 2024. (Projeto de Pesquisa).
- (2) Cyrino EG. Apresentação: raça, etnia, gênero: experiências na formação em saúde. Interface–Comunicação, Saúde, Educação. 2021;25:e210409.
- (3) The Lancet Regional Health – Americas. Beyond equity, diversity and inclusion: the power of intersectionality in transforming workforces. The Lancet Regional Health. 2025;41:100991.
- (4) Collins PH. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: Moreno R, organizador. Reflexões e práticas de transformação feminista. São Paulo: SOF; 2015.

INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE: O PAPEL DO PET-SAÚDE: EQUIDADE NA PROMOÇÃO DE UM SUS ANTIRRACISTA

Anna Eloísa Faria¹

Raíssa Christine da Costa Alves Pereira

Joseane Barbosa Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A interseccionalidade tem se consolidado como um conceito essencial para a análise das desigualdades em saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) [1,2]. As populações negras, LGBTQIAPN+ e outros grupos vulnerabilizados sofrem com barreiras de acesso e discriminação institucional, que impactam diretamente na qualidade do atendimento prestado [3,4]. Nesse sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) busca contribuir para a formação de profissionais comprometidos com a equidade e a justiça social, promovendo estratégias para um SUS mais inclusivo e antirracista [5,6].

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar o papel do PET-Saúde Equidade na promoção de um SUS antirracista, abordando como suas ações e projetos contribuem para a formação de profissionais de saúde mais conscientes das desigualdades estruturais e preparados para enfrentá-las [5,6].

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado nas atividades desenvolvidas pelo PET-Saúde Equidade, vinculadas à Universidade Federal de Juiz de Fora. As informações foram coletadas por meio da participação direta em atividades do programa, revisão de materiais produzidos e observação da interação entre discentes, docentes e usuários do SUS [6]. As intervenções foram analisadas com base no referencial teórico da interseccionalidade e da saúde coletiva [2,3].

RESULTADOS

O PET-Saúde Equidade tem desempenhado um papel relevante na sensibilização de estudantes e profissionais da saúde para questões de racismo estrutural, desigualdade de gênero e vulnerabilidade social [5,7]. Através de oficinas, rodas de conversa e materiais 1 Anna Eloisa Faria—Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), educativos, o programa tem possibilitado uma formação mais crítica e humanizada. Ademais, a participação em eventos e articulações com movimentos sociais têm ampliado o alcance das discussões, fomentando práticas mais inclusivas dentro das unidades de saúde. As ações do PET têm sido percebidas pelos envolvidos como fundamentais para a construção de um SUS que reconheça e combata as iniquidades raciais e sociais [1].

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: annaeloisafariaf85@gmail.com

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os achados deste estudo reforçam a importância de programas como o PET-Saúde Equidade na formação de profissionais comprometidos com a justiça social [5,6]. Ao inserir a interseccionalidade como eixo central das atividades, o programa contribui para a redução das disparidades em saúde e para a consolidação de um SUS mais equitativo e acessível [1,3,7]. Recomenda-se a expansão dessas iniciativas e o fortalecimento de políticas públicas voltadas à equidade em saúde [4].

REFERÊNCIAS

- (1) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* 2016;25(3):535-49.
- (2) Batista ED, Ferreira MP, Ribeiro IP, Lima MG, Silva SS. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde Soc.* 2020;29(3):e190151.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- (4) Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Relatório do Fórum Nacional para Enfrentamento do Racismo Institucional no Brasil. Brasília: UNFPA; 2012 [acesso em 2025 mai 10]. Disponível http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio_forum_enfrentamento_racismo.pdf em:
- (5) Farias-Santos BCS, Noro LRA. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o SUS. *Ciência Coletiva.* 2017;22(3):997-1004.
- (6) França T, Magnago C, Santos MR, Belisário SA, Silva CBG. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde Debate.* 2018;42(Esp.2):286-301.
- (7) Nascimento JW, Melo PRG, Silva MPA, Rocha LA, Silva AA, Lima TEP, et al. Relato de experiência sobre a intersetorialidade e interprofissionalidade no PET-Saúde. *Braz J Health Rev.* 2021;4(1):560-78.

INTERSECCIONALIDADE RAÇA X GÊNERO E SAÚDE: COMO ABORDAR O TEMA EM UM PROGRAMA DE RÁDIO?

Thales Vinícius Viana dos Santos¹

Giovanna Rodrigues Mastroianni de Oliveira
Amélia Borba Costa Reis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A interseccionalidade pode ser descrita como um método crítico-analítico de se entender como o cruzamento das diversas vias identitárias pode fomentar desigualdades sociais, vulnerabilizando ainda mais pessoas que estão nas classes políticas minoritárias¹. Este procedimento pode ser utilizado dentro das áreas da saúde, sendo necessário para a compreensão dos determinantes sociais em saúde e como eles moldam a interação de certos grupos com o acesso, a comunicação e a educação em saúde.

A partir desse pensamento, o projeto de extensão “Papo Cabeça nas Ondas do Rádio: Saúde, Saúde Mental e Sexualidade”, desenvolvido por discentes e docentes do grupo de pesquisas Mental Pop do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), juntamente com o programa de extensão EducaRap, também da UFRB, desenvolveu um episódio de podcast para tratar sobre a saúde das mulheres negras e as vulnerabilidades sociais em torno de suas existências, pois a partir da interseccionalidade, percebe-se como esta comunidade não está somente atravessada pelas desigualdades de gênero, mas também de raça, indissociavelmente.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever o processo de produção e criatividade do episódio “Tornar-se negra, latina e caribenha” do podcast do projeto de extensão e discorrer sobre as discussões levantadas durante seu desenvolvimento e execução, exaltando a importância do tema para a formação humanizada de futuros profissionais de saúde.

METODOLOGIA

O tema do episódio foi definido a partir da proximidade do cronograma de exibição do podcast do “Dia da Mulher Negra, Latina-Americana e Caribenha”, comemorado no dia 25 de julho. Após essa definição, foi iniciada a roteirização do programa, utilizando-se de artigos científicos encontrados nos bancos bibliográficos com descritores relacionados à temática, como “racismo institucional”, “violência obstétrica” e “saúde da mulher negra”, entrevistas de mulheres negras importantes para as áreas da saúde, documentos de políticas públicas de saúde, entre outros elementos para aproximar o público do conteúdo do episódio, como músicas e obras literárias. Finalizada a roteirização, a equipe realizou o processo de gravação e edição do programa, utilizando o software de manipulação de áudio “Audacity”, passando por revisão entre todos os integrantes.

1

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: thalesviana@aluno.ufrb.edu.br

RESULTADOS

O episódio “Tornar-se negra, latina e caribenha” foi exibido durante o programa “O Rap é o Som”, do EducaRap, na Rádio Comunitária Santa Cruz FM 87.9, no dia 27 de julho de 2024, e publicado no Spotify no dia 29 de julho de 2024, em um perfil homônimo do projeto de extensão.

A exibição começou com o poema “Vozes Mulheres”, da escritora Conceição Evaristo, falando sobre a luta transgeracional das mulheres negras na sociedade brasileira. Em seguida, foi destacado como a mulher negra, enquanto ser social no Brasil, passa por violências históricas desde o processo de colonização do território, sendo vistas somente como objeto sexual ou de trabalho, e como esse estigma perdurou pelo tempo, trazendo consequências estruturais como o racismo institucional no sistema de saúde. Para exemplificação, a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foram citadas, sendo criticadas por seu baixo aprofundamento nas interseccionalidades da população feminina brasileira e sua baixa adesão no Sistema Único de Saúde, respectivamente.

Após essa seção, houve o momento de exaltação de mulheres negras das diversas áreas da saúde, valorizando os seus trabalhos e o seu impacto para a sociedade. Entre as citadas, tivemos a Dra. Katleen Cruz, dermatologista especialista em peles negras; Jurema Werneck, escritora e ativista do feminismo negro; Neusa Santos Souza, psiquiatra e psicanalista baiana; e Dra. Rosa Cândida, enfermeira, professora e atual diretora do CCS da UFRB. Em complemento, foi dado o destaque para o trabalho ancestral de cuidado de benzedeiras, parteiras e curandeiras, assim como as Agentes Comunitárias de Saúde, que são, em sua maioria, mulheres negras.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir da produção e distribuição do episódio, fica evidente a necessidade de abordar a saúde da mulher negra em espaços públicos e acessíveis. Sendo um tema ainda pouco apresentado, o modelo de comunicação do “Papo Cabeça nas Ondas do Rádio: Saúde, Saúde Mental e Sexualidade” se demonstrou um grande aliado para fomentar a discussão em todos os ambientes, sendo eles acadêmicos ou não. Ter acesso a conteúdo informativo sobre as especificidades em saúde de grupos politicamente minoritários não somente potencializa a formação humanizada de futuros profissionais de saúde, mas também conscientiza a população sobre seus direitos constitucionais e necessidades sociais.

REFERÊNCIAS

[1] Akotirene C, Ribeiro D. O que é interseccionalidade? Belo Horizonte: Letramento; 2018.

INTRODUÇÃO AOS MUNDOS POSSÍVEIS: “A EXPERIÊNCIA DA AGSUS NA FORMAÇÃO INTERCULTURAL PARA A SAÚDE INDÍGENA”

Edson de Oliveira Pereira¹

Adriana Fernandes Carajá

Ana Luiza de Oliveira Andrade

Flávio Badaró Cotrim

Kellen Natalice Vilharva

Matavitsa Kena Waura

Marciane Tapeba

Marzinho Sandi Miguel Macário

Sarah Barbosa Segalla

Virginia Braga Fonseca

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

À Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), alinhada ao fortalecimento das políticas de saúde e sensível às especificidades da saúde indígena, tem priorizado a capacitação intercultural de seus profissionais. Nesse sentido, a Unidade de Saúde Indígena (USI), formada predominantemente por profissionais indígenas, elaborou o curso de Formação Intercultural em Saúde Indígena, ancorado nos saberes e vivências ancestrais desses povos. A atenção à saúde indígena demanda competências específicas para atuação em contextos multiculturais, além da promoção de práticas antirracistas e culturalmente sensíveis. Para atender a essa necessidade, a AgSUS promoveu uma capacitação com enfoque intercultural, que contou com a participação de 71 profissionais de forma presencial e 41 no formato remoto. O curso tem como objetivo aprimorar a qualificação desses profissionais, garantindo uma assistência à saúde indígena mais respeitosa, eficiente e alinhada às particularidades culturais dessas comunidades. Essa iniciativa reforça o compromisso da AgSUS com a valorização dos saberes tradicionais e a promoção de uma saúde pública inclusiva e equânime(1-5).

OBJETIVO

Relatar a experiência da primeira edição do curso de Formação Intercultural em Saúde Indígena, desenvolvido pela USI/DAIS/AgSUS.

METODOLOGIA

Este relato de experiência descreve a implementação do primeiro curso de Formação Intercultural em Saúde Indígena pela USI/AgSUS. A capacitação, voltada para os colaboradores da

1 Unidade de Saúde Indígena da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS). E-mail: edson.oliveira@agenciasus.org.br

Agência, buscou fortalecer a atuação intercultural e a produção de material pedagógico para a saúde indígena. A metodologia incluiu a aplicação de um formulário de avaliação para analisar a satisfação dos participantes e os processos de aprendizagem envolvidos.

RESULTADOS

A avaliação do curso demonstrou elevada satisfação dos participantes, com 80% deles destacando a qualidade da formação e a organização do curso. Além disso, 85% consideraram o conteúdo relevante e útil para o seu trabalho, especialmente no que tange ao contexto intercultural e à saúde indígena. Esses resultados indicam que a capacitação contribuiu para o aprimoramento das competências dos profissionais para atuarem de forma mais adequada e efetiva junto às populações indígenas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O curso alcançou os objetivos pedagógicos propostos, com base nos resultados da avaliação e no cumprimento do cronograma e do planejamento orçamentário. A participação ativa dos colaboradores da USI, em especial dos profissionais indígenas, foi essencial para o sucesso do curso, garantindo a representatividade e o respeito às vozes e experiências das comunidades indígenas. A contribuição de André Baniwa e Putira Sacuena, profissionais indígenas da Secretaria de Saúde Indígena com vasta experiência na área, enriqueceu o debate sobre as políticas de saúde indígena, trazendo uma perspectiva fundamental para a construção de um modelo de atenção à saúde mais justo e equitativo(2-5).

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Decreto nº 11.790, de 20 de novembro de 2023. Regulamenta a atuação da AgSUS no apoio à gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- (3) 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, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, 24 set. 1999.
- (4) Brasil. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a criação da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: fortalecimento e qualificação do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

JUVENTUDES CARIOCAS E O PROJETO PACTO PELA JUVENTUDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruna de Oliveira Bizarro¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta o relato de experiência de uma profissional da psicologia no projeto Pacto pela Juventude, uma parceria entre a Secretaria Especial da Juventude Carioca (JUVRio) e a UNESCO, com o objetivo de formar jovens lideranças comunitárias. O projeto atende 600 jovens de territórios em vulnerabilidade nas cinco áreas programáticas do Rio, oferecendo um curso formativo de seis meses em um dos três eixos temáticos: esporte, cultura e sustentabilidade. Os participantes recebem um auxílio de R\$400,00 e são acompanhados por uma equipe pedagógica, composta por tutores, pedagogas e psicólogas. A partir de uma reflexão sobre o direito à vida digna da juventude periférica carioca, o trabalho examina o impacto do Pacto pela Juventude, seus resultados e o papel da psicologia na garantia de direitos dessa população. Observa-se a relevância dos marcadores de raça, classe e gênero nas intervenções, com base em uma prática ética que se conecta à realidade dos jovens. Tecnologias leves e redes territoriais surgem como ferramentas para garantir essas intervenções, mesmo com as limitações institucionais do projeto. O estudo utiliza conceitos como sociabilidades subterrâneas [1], território, subjetividade e direito à cidade para avaliar as possibilidades e os limites dessa política pública.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é analisar a atuação do projeto Pacto pela Juventude na formação de jovens lideranças comunitárias em territórios periféricos do Rio de Janeiro, refletindo sobre os impactos dessa iniciativa na garantia de direitos, com ênfase nas questões de raça, classe e gênero. Busca-se também examinar o papel da psicologia na promoção de práticas éticas e contextualizadas, além de explorar as possibilidades e limitações dessa política pública no fortalecimento das juventudes.

METODOLOGIA

O relato foi pensado a partir de uma abordagem qualitativa, porém também se vale dos dados quantitativos que dizem sobre o perfil dos jovens contemplados pela política pública. Utilizando a cartografia psicossocial [2] como metodologia orientadora, é possível mapear as linhas constitutivas dos territórios existenciais [3], em uma pesquisa participativa e interventiva. Buscando investigar os territórios favelados do Rio de Janeiro, sensibilizando-me pelos ambientes vivenciados e priorizando uma abordagem polifônica, sem cristalizações, é realizada uma reflexão das narrativas, afetos e dinâmicas de interação. Como instrumentos principais foram utilizados diários de campo e revisão bibliográfica.

O objetivo é cartografar ações, atividades e narrativas de jovens em territórios periféricos, refletindo sobre os desafios e potencialidades da política pública e o papel da psicologia na mesma.

RESULTADOS

Embora a faixa etária da juventude não seja rigidamente definida, a UNESCO e a Secretaria Especial da Juventude Carioca (JUVRio) adotam o intervalo de 15 a 29 anos como marco, sendo essa a delimitação trabalhada no Pacto pela Juventude. De acordo com os dados de 2021 divulgados pelo portal Data.Juv [4], 60% dos jovens cariocas estão na faixa etária de 18 a 24 anos, seguidos por 27% entre 14 e 17 anos e 13% entre 25 e 29 anos. A maioria são mulheres cis (53%), seguidas por homens cis (43%), e se identificam racialmente como pretos (38,4%) e pardos (34,7%). Em relação à orientação sexual, 79,8% se identificam como heterossexuais e 11,1% como bissexuais. Quanto à renda, 64% dos jovens informam uma renda familiar de até um salário mínimo. Além disso, 49% estudam sem trabalhar e 32% não estudam nem trabalham.

Compreender o perfil dos jovens atendidos pela JUV-Rio é essencial para a psicologia pensar nas possibilidades de atuação e intervenção em um cenário caracterizado por desigualdades de gênero, raça e classe. A estratégia adotada tem sido o uso de tecnologias leves, que estabelecem vínculos com os jovens assistidos, criando espaços de cuidado nos núcleos. A psicologia atua como mediadora nas trocas entre os jovens e como articuladora com outros setores, como saúde, educação e justiça, para encaminhá-los aos cuidados necessários.

O cenário limitador que aparece para os jovens frequentemente é o cenário limitador da atuação do psicólogo. O trabalho como articulador entre os jovens e os setores de cuidado e assistência, ainda quando realizado de forma indireta, expõe as dificuldades de atendimento e encaminhamento em outras esferas, como a saúde. Nesse sentido, muitas vezes o trabalho consiste em sustentar a espera pelo encaminhamento com o jovem.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Entendendo a apresentação como um relato de experiência em curso, não é possível indicar resultados encerrados ou mensuráveis até pela estrutura flexível e qualitativa do trabalho da psicologia. É importante pontuar, no entanto, a importância das realizações das rodas de conversas, as quais têm permitido o fortalecimento e a criação do vínculo entre os jovens do projeto, e de certa forma a promoção de saúde no território, envolvendo outros jovens que participam da roda, familiares e/ou amigos indiretamente impactados pelas intervenções. Os acolhimentos individuais também surgem como elemento importante para identificar demandas específicas de cada local e a possível recorrência dessas, permitindo o mapeamento da situação concreta da juventude nos territórios. Os acolhimentos não tem o caráter de acompanhamento psicológico, porém operam um apoio temporário ao jovem com o intuito de encaminhá-lo e explorar com ele as suas possibilidades frente ao cenário limitador no qual se encontra.

REFERÊNCIAS

- (1) Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Sociabilidades subterrâneas: uma cartografia do social. São Paulo: Editora 34; 2009.
- (2) Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. 1. ed. São Paulo: Editora 34; 1997.
- (3) Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas: cartografia, subjetividade e transdisciplinaridade. São Paulo: Editora 34; 2009.
- (4) JUVRio. Data.Juv: Portal de Dados da Juventude Carioca. Rio de Janeiro: Secretaria Especial da Juventude Carioca; 2021.

LESIONES TEGUMENTARIAS PRESENTES EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN EL CORREDOR TURÍSTICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Montenegro González Samara Guadalupe¹

Aguilar González Alba Mar

Miranda Padilla Oscar

Ortiz Ochoa Antonio de Jesús

Reyes Reyes Nancy

Morales Santos Héctor de Jesús

INTRODUCCIÓN

Es importante reconocer a las lesiones en piel como un problema urgente de salud pública en nuestro país, considerando que afecta de forma desproporcionada a grupos vulnerables.(1)

Las personas en situación de calle no pueden atender y curar las heridas que padecen encontrándose en un alto riesgo de contraer infecciones. (2)

La falta de atención por parte de los servicios de salud hacia las personas que viven en situación de calle es un factor de riesgo para que cualquier enfermedad o traumatismo no sea atendido de manera oportuna, conllevando a que una enfermedad tratable se torne perjudicial para la persona repercutiendo de manera negativa en una esperanza de vida menor a la promedio.(3)

Existe bibliografía que respalda el impacto negativo que tienen las afecciones dermatológicas en la calidad de vida, sin embargo, pocos estudios han evaluado la prevalencia de enfermedades de la piel en población de situación de calle. (4)

En México, existe poca evidencia sobre la atención dermatológica en personas sin hogar; sin embargo, gracias a las estadísticas de países como Canadá es que contamos con que este grupo vulnerable tiene un mayor riesgo de morir prematuramente por afecciones tales como convulsiones, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos musculoesqueléticos, tuberculosis y problemas de la piel y los pies. (5, 6)

OBJETIVO

Identificar las lesiones tegumentarias que presentan las personas en situación de calle en la Plaza de la Concepción, Plaza de la Soledad y Plaza San Fernando del 05 al 16 de diciembre de 2022 en la Ciudad de México.

1 Universidad Autónoma de San Luis Potosí. E-mail: A310330@alumnos.uaslp.mx

METODOLOGÍA

Se presenta un estudio descriptivo, observacional y transversal con la participación de todas las personas en situación de calle con lesiones tegumentarias agudas o crónicas bajo estricto consentimiento informado del 05 al 16 de diciembre en la Plaza de la Concepción, Plaza de la Soledad y Plaza San Fernando de la Ciudad de México. Todas las personas fueron determinadas mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia. Los criterios de eliminación se aplicaron en los pacientes que retiraron su consentimiento para el uso de los datos personales, así como todas aquellas personas fuera de situación de calle y sin lesiones dermatológicas. Las variables estudiadas fueron las siguientes: a) sexo, b) edad, c) características de las heridas: tipo de lesión elemental, región corporal, distribución, extensión, forma, tamaño, color, superficie, bordes, contorno, consistencia, infiltración, fondo, temperatura y movilidad. Para la obtención de los datos se diseñó una hoja de registro clínico que incluyó las variables ya descritas anteriormente. El evaluador debía seguir el siguiente proceso: 1) dar lectura y firma de consentimiento informado; 2) realizar valoración clínica de la lesión en piel, hacer una correcta descripción de la lesión y registrar la información en el cuestionario de registro clínico. Todos los cuestionarios se integraron automáticamente a una base de datos global cuyo análisis descriptivo se llevó a cabo mediante el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se reportaron 31 casos de personas con lesiones tegumentarias primarias y secundarias en la piel entre los 25 a los 74 años procedentes de la plaza de la Concepción, Plaza de La Soledad y Plaza San Fernando, 22 hombres (70.97%) y 9 mujeres (29.03%). Respecto al número de personas atendidas por grupo quinquenal quedó distribuido de la siguiente manera: 19.35% se ubicaron en el grupo de edad de 40 a 44 años, 16.13% de 35 a 39 años, 16.13% de 50 a 54 años, 12.90% de 45 a 49 años, 9.68% de 60 a 64 años, 9.68% de 25 a 29 años, 6.45% de 55 a 59 años, 6.45% de 70 a 74 años, 3.23% de 30 a 34 años. La distribución de las regiones corporales afectadas fue: miembro superior: 41.94%, miembro inferior: 32.26%, cabeza: 16.13%, tórax: 9.68%. En cuanto a las lesiones elementales predominaron las lesiones secundarias con el 64.52% en comparación con las lesiones primarias que abarcan únicamente el 35.48 %. Se encontró que las heridas traumáticas predominan en porcentaje con un 19.35%, le siguen las heridas por mordedura de animales y heridas infectocontagiosas con un 12.90% respectivamente, heridas por quemaduras químicas, heridas vasculares, heridas por enfermedades autoinmunes, heridas por hongos y heridas por sustancias irritantes comparten un 9.67% para cada una, dejando las heridas por parásitos con un 6.45%. Respecto a las lesiones elementales identificadas por regiones corporales para ambos sexos, en la población femenina atendida se encontró que del rubro de lesiones primarias la región más afectada fue la cabeza (22.22%) mientras que de las lesiones secundarias fue el miembro inferior (33.33%) el segmento corporal más afectado. En el sexo masculino se encontró que la región corporal mayormente afectada con lesiones primarias y secundarias fue el miembro superior con un 13.64% y 31.82% respectivamente.

CONSIDERACIONES

Las heridas en piel constituyen un importante problema de salud pública que impacta negativamente en la calidad de vida de las personas que las desarrollan, en especial en aquellos que no cuentan con acceso a la salud como lo son las personas que viven y sobreviven a situación de calle ya que muchos de ellos no acuden a unidades de salud en busca de una atención sanitaria especializada que les permita recuperar su estado previo de salud, esto al ser un grupo de alta discriminación. Las heridas traumáticas representan la mayor demanda de atención durante las jornadas de campo por lo que se considera importante incorporar una estrategia de salud que permita identificar a las personas afectadas y las características de sus lesiones, contribuyendo a generar información que pueda favorecer la implementación estrategias de atención que atiendan las necesidades específicas de la población en calle, garantizando su derecho a la salud y a una vida digna.

REFERENCIAS

- (1) Arellano-Escudero N. Salud y Personas en Situación de Calle. Rev Cuadernos Médico Sociales. 2020;60(2).
- (2) Mexico. Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Incidencia delictiva. 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/sesnsp>
- (3) México. Protocolo de atención Integral a personas en situación de calle. 2020.
- (4) Contag C, Lowenstein SE, Jain S, Amerson E. Survey of symptomatic dermatologic disease in homeless patients at a shelter-based clinic. Our Dermatology Online. 2017;8(2):133-137. doi:10.7241/ourd.20172.37.
- (5) Hwang SW. Homelessness and health. Canadian Medical Association. 2001;164:214.
- (6) Moy JA, Sánchez MR. The cutaneous manifestations of violence and poverty. Arch dermatol. 1992;128(6):829-839.

LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER NEGRA (LASMUN) COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sara dos Santos¹

Aleksandra Victoria Monsores da Silva

Aline Cristine dos Santos Ferreira

Ana Claudia Mateus Barreto

Bruna Pinto Costa

Estela Moura Viana

Gabrielle dos Santos Correia

Isabelly Rodrigues da Silva Domingos

Rafaela Jeronimo Tito

Vithória Moura da Silva Nascimento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções e enfermidades [1]. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde de forma universal e igualitária [2], mas, na prática, esse direito ainda não se concretiza plenamente para parcelas da população historicamente marginalizadas, como as mulheres negras. O acesso a serviços de saúde de qualidade, previsto como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), é impactado por fatores estruturais como o racismo, o sexismo e as desigualdades socioeconômicas. Tais fatos colocam a mulher negra em uma situação de inferioridade social, precarizando sua qualidade de vida e saúde [3]. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde, reconhece a necessidade de enfrentar essas desigualdades a partir da formação de profissionais que compreendam a importância do combate ao racismo institucional [4]. No entanto, essa política ainda carece de ampla implementação e de efetiva articulação com as instituições de ensino. Diante disso, é necessário que políticas públicas levem em conta essas múltiplas vulnerabilidades, a fim de que os princípios defendidos pelo SUS, como equidade, integralidade e universalidade da assistência, sejam alcançados.

OBJETIVO

Relatar a atuação da Liga Acadêmica de Saúde e Bem-Estar da Mulher Negra (LASMUN) como estratégia de enfrentamento das desigualdades raciais e de gênero no acesso aos serviços de saúde.

METODOLOGIA

A Liga Acadêmica de Saúde e Bem-Estar da Mulher Negra é composta por doze discentes do Curso de Graduação em Enfermagem e uma discente do Curso de Graduação em Psicologia, sob a coordenação de uma docente da área de Saúde da Mulher, vinculada ao Departamento de Enfermagem (REN). O cenário de atuação da Liga Acadêmica ultrapassa os limites físicos da Universidade, uma vez que a mesma possui uma página *on-line* para divulgação de conteúdo. A LASMUN foi criada com o propósito de promover o bem-estar físico, mental e social da mulher negra, por meio da articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Ao atuar com base nos determinantes sociais da saúde, a Liga reconhece que o racismo estrutural é um fator decisivo na produção das iniquidades em saúde que compromete a integralidade e a equidade do cuidado prestado a mulheres negras no SUS. Suas ações ocorrem por meio de rodas de conversa, ações comunitárias, oficinas de conhecimento, que demonstram que a mulher negra ainda enfrenta barreiras significativas para acessar os serviços de saúde de maneira igualitária. Além das atividades presenciais, destaca-se o desenvolvimento de um quadro de divulgação científica e educacional nas redes sociais (*Instagram*) chamado “1 minuto sobre”, que tem o objetivo de disseminar, de forma acessível, breve e objetiva, informações sobre a saúde da mulher negra, racismo institucional, sexualidade, direitos reprodutivos, políticas públicas, entre outros temas fundamentais para a população negra. A utilização das redes sociais como plataforma de atuação estratégica pela LASMUN deve-se ao seu amplo alcance e à capacidade de estabelecer um diálogo direto com o público-alvo. Essa escolha potencializa a democratização da informação e facilita o acesso ao conhecimento, configurando-se como uma importante ferramenta de promoção da educação em saúde. Por meio dessa abordagem acessível e inclusiva, busca-se atingir um público ampliado e contribuir de forma significativa para o empoderamento das mulheres negras a partir do conhecimento. A LASMUN possui, ainda, um projeto de pesquisa aguardando avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa sobre os desafios das mulheres negras na busca por assistência na Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecendo o eixo da produção científica da Liga. Soma-se a isso o desenvolvimento de um projeto de extensão voltado à promoção da saúde integral e do bem-estar da mulher negra, contemplado com bolsa e com atuação de uma extensionista bolsista.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência na LASMUN permite compreender de forma profunda e prática como os determinantes sociais da saúde afetam desproporcionalmente as mulheres negras, revelando que o acesso à saúde de qualidade depende da superação das barreiras estruturais impostas pelo racismo e pelo sexismo. Ao promover espaços de escuta, acolhimento e formação política, bem como ações de educação em saúde, como o quadro “1 minuto sobre” nas redes sociais, a liga contribui significativamente para a construção de um SUS mais justo e equitativo. É imprescindível que iniciativas como essa sejam fortalecidas e difundidas, para que o enfrentamento ao racismo institucional se torne uma prática cotidiana nas unidades de saúde, nos espaços acadêmicos e na formulação de políticas públicas. A atuação da LASMUN demonstra que a educação em saúde, aliada ao compromisso social, é uma

ferramenta poderosa na luta por justiça social e equidade no cuidado em saúde, especialmente para a população negra brasileira.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. In: Conferência Sanitária Internacional. Nova York: OMS, 1946.
- [2] Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988.
- [3] Lima CB, Volpato CL. A saúde da mulher negra no Brasil: desafios e perspectivas. Rev. Estud. Fem. 2014;22(3):777-89.
- [4] 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.

LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER NEGRA: UM ESPAÇO DE LUTA, CONHECIMENTO E CUIDADO NA UNIVERSIDADE

Isabelly Rodrigues da Silva Domingos¹

Aleksandra Victoria Monsores da Silva

Aline Cristine dos Santos Ferreira

Ana Claudia Mateus Barreto

Bruna Pinto Costa

Estela Moura Viana

Gabrielle dos Santos Correia

Rafaela Jeronimo Tito

Sara dos Santos

Vithória Moura da Silva Nascimento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O processo de colonização do Brasil instituiu uma hierarquização racial que gerou vulnerabilidades humanas, com vidas objetificadas e exploradas a partir da origem, raça e cor [1]. Esse passado negativo e cruel reverbera diretamente na população negra, que ainda enfrenta dificuldades de acesso, menor poder aquisitivo e intelectual, entre outros fatores que sustentam as iniquidades em educação, renda e principalmente saúde. Neste viés, a saúde da mulher negra é atravessada por desigualdades sociais, econômicas e estruturais constantemente invisibilizadas, seja por discursos que negam o racismo, seja pela ausência de reconhecimento das disparidades [2]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a disparidade é definida como a diferença entre dois grupos, não só desnecessária e evitável, mas injusta e perversa e, no caso das disparidades raciais, não existe nenhuma razão biológica cientificamente comprovada para justificá-las [3]. Os determinantes sociais de saúde influenciam os riscos e desfechos de vida para além das condições médicas. Diante disso, tornou-se fundamental a criação de um liga acadêmica voltada à saúde e bem-estar da mulher negra, com o fito de evidenciar tais diferenças e promover equidade em saúde e condições igualitárias.

OBJETIVO

Evidenciar as disparidades em saúde vivenciadas pelas mulheres negras e apresentar a Liga Acadêmica de Saúde e Bem-Estar da Mulher Negra (LASMUN) como uma ferramenta de enfrentamento, formação crítica e cuidado integral voltado à equidade racial e de gênero no espaço universitário.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: isabellyrodrigues@id.uff.br

METODOLOGIA

A Liga Acadêmica de Saúde e Bem-Estar da Mulher Negra (LASMUN) foi fundada no segundo semestre de 2024 por discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob a coordenação de uma docente da área de Saúde da Mulher, vinculada ao Departamento de Enfermagem (REN). Sua criação partiu da inquietação coletiva de estudantes diante da ausência de debates aprofundados sobre raça, gênero e saúde no currículo formal da graduação, assim como da constatação da omissão histórica da população negra nas discussões e práticas em saúde. Essa ausência reflete o racismo estrutural/institucional presente na sociedade e nos serviços de saúde, onde pessoas negras, especialmente mulheres, seguem sendo invisibilizadas, marginalizadas e estigmatizadas ao acessar o sistema de saúde. Os atendimentos, muitas vezes genéricos, fragmentados e descontextualizados, contribuem para desfechos negativos, perpetuando desigualdades e violências institucionais. Ao perceberem a lacuna na formação em relação à saúde da mulher negra, as estudantes idealizaram uma iniciativa que unisse conhecimento acadêmico, militância e ações práticas voltadas à promoção da equidade em saúde. A LASMUN corresponde a um espaço formativo, interdisciplinar e politizado que busca promover o reconhecimento das especificidades da mulher negra no campo da saúde e bem-estar. A atuação da LASMUN está alinhada à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída no ano de 2009, a qual reconhece o racismo como determinante social de saúde e estabelece diretrizes para a eliminação das desigualdades étnico-raciais no Sistema Único de Saúde (SUS) [4]. Inspirada por essa política, a Liga busca não apenas discutir o impacto do racismo na saúde, mas também valorizar os saberes e práticas ancestrais, a cultura afro-brasileira e as experiências vividas pelas mulheres negras. Por meio de ações integradas de ensino, pesquisa e extensão, como rodas de conversa, oficinas, produção de conteúdo digital, eventos, intervenções comunitárias e grupos de estudo, a Liga tem o propósito de contribuir para o fortalecimento da identidade étnico-racial, ampliar o conhecimento sobre saúde em sua integralidade e promover o autocuidado, a autoestima, a autonomia e a escuta qualificada das mulheres negras, tanto no ambiente universitário quanto na comunidade. Atualmente, a LASMUN conta com a participação ativa de treze discentes, majoritariamente do curso de Graduação em Enfermagem, incluindo também uma discente do Curso de Graduação em Psicologia, o que reafirma a proposta de interdisciplinaridade do cuidado e o compromisso com uma abordagem ampliada da saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A criação e atuação da Liga Acadêmica de Saúde e Bem-Estar da Mulher Negra revelam a potência no enfrentamento das iniquidades raciais em saúde. Dessa forma, a realização desse estudo justifica-se como uma contribuição para a compreensão dos desafios enfrentados pelas mulheres negras no acesso e na qualidade do cuidado em saúde. Identificar e problematizar essas barreiras é essencial para subsidiar ações afirmativas e políticas públicas que promovam o acesso equitativo e inclusivo, visando mitigar as disparidades existentes e garantir o direito à saúde para todos, sem discriminação de raça, gênero ou classe social, conforme assegura a Constituição de 1988 [5]. A LASMUN representa,

portanto, um importante espaço de luta, conhecimento e cuidado, reafirmando a importância de se construir uma universidade mais plural, democrática e comprometida com a transformação social.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira RG. Vidas em exclusão e a reinvenção do cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. p. 31.
- [2] Silva TD, Silva BZ. Racismo e saúde: perspectiva de mulheres negras moradoras de favela. Cad. Gên. Tecnol. 2020;13(41):214-30. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/9511/6946>.
- [3] Dantas-Silva A, Santiago SM, Surita FG. Racismo como determinante social da saúde no Brasil – na pandemia de COVID-19 e além. Femina. 2023;51(5):262-6. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/10/1512406/femina-2022-515-262-266.pdf>.
- [4] 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.
- [5] Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

MACONHA TERAPÊUTICA NO BRASIL: DIREITO PARA QUEM?

Sálvia Karen dos Santos Elias¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta um ensaio sobre a minha dissertação, que teve como título: Racismo Estrutural, Imperialismo e Proibicionismo: cannabis medicinal e a luta pelo direito à vida, apresentado em 2021 no Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense (UFF).

O trabalho parte do pressuposto que por conta do sistema de opressão capitalismo racismo-patriarcado, há um objetivo de apagamento da memória dos povos originários negros (as) e indígenas, que se mostra através da criminalização dos seus costumes e das suas práticas médico-religiosas, incluindo o uso da *cannabis*.

OBJETIVO

Apresentar a relação existente entre o racismo estrutural, o imperialismo e o proibicionismo no que tange ao acesso aos medicamentos à base de maconha no Brasil. A hipótese é que a proibição da maconha, no Brasil, se constitui como um traço do racismo estrutural, sendo este um elemento constitutivo e dinâmico no desenvolvimento do capitalismo brasileiro associado à composição de interesses econômicos da indústria farmacêutica estadunidense e brasileira.

METODOLOGIA

Alguns historiadores afirmam que a maconha não é uma planta original do Brasil, e que sua origem está ligada à região da Ásia Central, e sua chegada ao Brasil se deve aos negros e negras africanos (as) escravizados (as) que aqui chegaram e a trouxeram como parte dos seus costumes. O seu uso ritualístico-religioso ficou conhecido nas religiões de matrizes afro-indígenas, umbanda, candomblé e catimbó, porém devido a proibição, as religiões deixaram de utilizá-la [1].

Recebendo vários nomes com o passar do tempo, liamba, riamba, haxixe, maconha, fumo de Angola, fumo de negro, pito do pango, o seu uso terapêutico marca a Antiguidade, sendo utilizada no tratamento de uma gama de doenças, dentre elas epilepsia, dor de cabeça, cólicas menstruais, reumatismo e problemas respiratórios.

No Brasil, nos fins do século XIX, remédios à base de *cannabis sativa*, nome científico da planta, eram comercializados livremente em farmácias e boticas até o momento de sua proibição.

O Brasil foi pioneiro na criminalização, criando em 1.830 a primeira lei que restringia o seu uso. Essa lei ficou conhecida como a lei do Pito do Pango, e tinha a seguinte interdição: “É proibida

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), salviaelias@gmail.com.

a venda e uso do pito de pango², bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber: o vendedor em 20 mil réis, e os escravos e mais pessoas que dele usarem, em oito dias de cadeia”.

Desde os primórdios o uso da maconha é estigmatizado e criminalizado, tendo como população mais afetada pela proibição, a negra, pobre e periférica, já que de acordo com os dados do SENAPEN/Ministério da Justiça, no primeiro semestre de 2024, somados, pretos e pardos respondem por 63% das pessoas encarceradas, enquanto compõem 55,5% da população. Sendo que um em cada três presos responde por tráfico de drogas [2].

A proibição, capitaneada pelos Estados Unidos através da chamada “Guerra às drogas”, nunca foi uma guerra contra as substâncias psicoativas e sim contra populações já marginalizadas e criminalizadas.

Atualmente no Brasil, o acesso aos medicamentos à base de maconha se dá de três formas. É possível importar os medicamentos dos Estados Unidos ou da Europa através de autorização da ANVISA; já existem alguns medicamentos sendo vendidos nas farmácias brasileiras como é o caso do canabidiol da Prati Donaduzzi e algumas associações conseguiram liminar na justiça para plantar e produzir os medicamentos.

No entanto, mesmo com essas formas de acesso, continua inacessível para as populações empobrecidas, pois a proibição eleva os custos do medicamento, ou seja, mesmo com os avanços científicos e legislativos, o acesso ao tratamento com maconha no Brasil ainda é privilégio de classe, perpassando pela raça e gênero.

Destacamos que pela imbricação capitalismo-racismo-patriarcado, a tarefa do cuidado recai sobre as mulheres, que na maioria das vezes cumprem essa função sem os seus companheiros, criando seus filhos e mantendo a casa, sozinhas. Essa situação se agrava quando essas mulheres têm filhos com doenças crônicas e precisam redobrar os cuidados, na maioria das vezes saindo de seus empregos para cuidar dos/as filhos/as.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A omissão do Estado na regulamentação do uso medicinal da maconha, a restrição na regulamentação da ANVISA que autoriza aquisição somente via importação e o alto custo do canabidiol brasileiro, violam o direito fundamental à saúde. A supressão dos direitos é reconhecida por Marx como uma forma de expropriação, pois a expropriação não diz respeito somente a tirar dos trabalhadores o seu único meio de subsistência.

A expropriação contemporânea diz respeito também a não dar às classes empobrecidas o direito à saúde, dificultando o acesso desses à atendimentos médicos, exames e medicamentos. Morando em

2 Pito do pango se referia à forma como a população escravizada fazia uso da maconha, utilizando o cachimbo de barro para fumar.

lugares insalubres, com alimentação não adequada, com vínculos de trabalho informais essas são as parcelas da população que passam mais frequentemente pelo processo de adoecimento.

REFERÊNCIAS

- [1] Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. 2002. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf.
- [2] Brasil. Secretaria Nacional de Políticas Penais. SENAPPEN divulga levantamento de informações penitenciárias referente ao primeiro semestre de 2024.

MALARIA, DE LO RURAL A LO URBANO

Maritza Martínez¹

Alin Gil

Emiliana Peña Sepúlveda

Joaquina Rosario

Alexy Virgilio Alcántara Mejía

INTRODUCCIÓN

En el corazón de Santo Domingo Oeste, se alza un barrio lleno de historia y lucha: Los Tres Brazos. Pero pocos saben que sus primeros pobladores no llegaron aquí por elección, sino por necesidad. Familias humildes emigraron desde San Juan de la Maguana en busca de oportunidades de empleo que se encontraban en Santo Domingo como centro de las actividades comerciales más importantes del país.

Al llegar, encontraron un territorio hostil, un pantano insalubre y una amenaza constante: la malaria. Este relato cuenta cómo enfrentaron lo imposible para construir un hogar en medio de la adversidad.

El Barrio Los Tres Brazos, ha enfrentado uno de los mayores desafíos en términos de salud pública en la República Dominicana: la persistente amenaza de la malaria. Fundado en un terreno pantanoso, la comunidad ha estado expuesta durante años a las condiciones que favorecen la proliferación del mosquito *Anopheles*, el principal transmisor de la malaria. Este problema de salud ha tenido un impacto desproporcionado en la población infantil, con una alta prevalencia de casos en niños menores de 5 años, quienes son más vulnerables a las complicaciones graves de la enfermedad. (1)

El contexto geográfico del barrio, con áreas de drenaje deficiente y agua estancada, ha sido un factor clave en la persistencia de la malaria, a pesar de los esfuerzos realizados para erradicar el vector. En este sentido, la comunidad ha estado en el centro de la lucha contra la enfermedad, a menudo careciendo de los recursos adecuados para prevenir y tratar la malaria, lo que ha mantenido una alta tasa de incidencia a lo largo de los años.

OBJETIVO

El propósito de este relato es analizar los factores epidemiológicos, ambientales y sociales que contribuyen a la persistencia de la malaria en Los Tres Brazos. Además, busca destacar las intervenciones implementadas por el Ministerio de Salud Pública, las lecciones aprendidas por la comunidad y los desafíos en el control del vector *Anopheles* en un contexto urbano. (2)

METODOLOGÍA

La malaria, enfermedad infecciosa transmitida por mosquitos del género *Anopheles*, representa uno de los principales desafíos de salud pública en contextos de vulnerabilidad. Aunque su presencia se

1 Universidad Autónoma de Santo Domingo. E-mail: mmartinez12@uasd.edu.do

ha reducido en muchas regiones gracias a campañas de erradicación y control vectorial, su reaparición en zonas urbanas y densamente pobladas plantea nuevas interrogantes epidemiológicas y sociales. (3)

En la República Dominicana, el sector Los Tres Brazos, ubicado en el municipio Santo Domingo Este, ha sido epicentro de múltiples brotes urbanos de malaria en los últimos años. Esta situación llama la atención, no solo por su recurrencia, sino por su persistencia en un contexto urbano y densamente habitado. Lejos de ser un fenómeno aislado, sugiere la existencia de factores estructurales y sistémicos que permiten la transmisión sostenida de la enfermedad en este entorno.

Era el año 1970 la república dominicana estaba atravesando un período de reconstrucción política y reorganización social tras décadas de dictadura, luego una intervención militar extranjera, se realizaron las primeras elecciones, lo que trajo grandes cambios en la economía. Se impulsó un modelo de desarrollo basado en grandes obras públicas e infraestructura: carreteras, presas, puentes, edificios públicos. Lo que provocó la movilización de las personas desde las zonas rurales hacia la ciudad en busca de oportunidades económicas y cambios sus estilos de vida. Junto con esta migración comenzaron a verse también cambios en los procesos de salud.

Cuando las primeras familias comenzaron a llegar a Los Tres Brazos. Venían con lo poco que tenían: sus manos para trabajar, sueños de un futuro mejor y la esperanza de encontrar un lugar donde echar raíces. Entre ellos estaba Juana, una joven madre, quien cargaba a su hijo menor mientras su esposo empujaba un viejo carretón lleno de sus pertenencias.

El terreno que encontraron estaba lejos de ser un paraíso. Los pantanos se extendían por todos lados, y el agua estancada emanaba olores que advertían de un peligro inminente. “Aquí viviremos”, dijo Juana con firmeza, a pesar de las dudas en su interior. El sol quemaba y los mosquitos no les daban tregua.

Poco después, llegó la pesadilla: la malaria. Uno a uno, los niños del barrio comenzaron a enfermarse. Fiebre alta, escalofríos y un cansancio que parecía devorarles la vida. Juana no fue la excepción. Su hijo menor, el pequeño Juanito, sucumbió a la enfermedad una madrugada mientras ella rezaba junto a su cama. La muerte de su hijo se convirtió en un punto de inflexión para ella y las demás madres del barrio.

A pesar del dolor, las familias se unieron. Organizaron brigadas para drenar los pantanos y cubrir con tierra las zonas más afectadas por el agua estancada. Las mujeres comenzaron a hervir el agua y a usar plantas medicinales como el anamú para tratar los síntomas. Cada día era una batalla, pero cada pequeño avance era una victoria. (4)

El gobierno, al darse cuenta de la gravedad, envió campañas de fumigación y medicamentos. Sin embargo, fue la resiliencia de los pobladores lo que marcó la diferencia. Juana se convirtió en una líder comunitaria, enseñando a otras mujeres cómo prevenir la enfermedad y mantener la esperanza viva.

A pesar de los esfuerzos sanitarios y de las campañas educativas, los casos de malaria han permanecido elevados, especialmente en las épocas de lluvias, cuando los charcos de agua estancada proliferan nuevamente, creando un ambiente propicio para los vectores. La comunidad ha aprendido

a convivir con esta amenaza, pero aún enfrenta dificultades, especialmente en términos de acceso a atención médica oportuna. En los primeros años, el desconocimiento sobre la prevención de la malaria era común, pero con el tiempo las autoridades sanitarias comenzaron a capacitar a los líderes comunitarios y a promover el uso de mosquiteros y la eliminación de aguas estancadas. (5)

La presencia de la malaria también ha revelado una deficiencia crítica en infraestructura sanitaria. Muchos hogares no cuentan con acceso adecuado a agua potable o sistemas de alcantarillado, lo que contribuye al ciclo perpetuo de enfermedades transmitidas por vectores. Aunque las tasas de malaria han disminuido en algunas áreas, el hecho de que persista una alta incidencia en Los Tres Brazos subraya la necesidad de intervenciones más efectivas y sostenibles.

CONSIDERACIONES

La malaria en Los Tres Brazos representa un claro ejemplo de cómo las condiciones socioeconómicas, urbanísticas y ambientales pueden afectar la salud pública en comunidades urbanas. Aunque se han logrado avances en la reducción de los casos mediante campañas de fumigación, la falta de infraestructura adecuada, sumada al crecimiento descontrolado de la población, sigue siendo un desafío significativo.

El análisis de este caso demuestra que para erradicar la malaria en contextos urbanos como Los Tres Brazos es esencial adoptar un enfoque integral. Esto incluye no solo intervenciones de control del vector, sino también mejoras en infraestructura sanitaria, la promoción de la salud comunitaria y el acceso a servicios médicos. Además, la colaboración entre las autoridades de salud pública, la comunidad local y las organizaciones no gubernamentales es clave para el éxito de las estrategias de prevención y control de enfermedades.

Es fundamental que los esfuerzos se dirijan no solo a la eliminación del mosquito transmisor, sino también a la mejora de las condiciones de vida de la población. La erradicación de la malaria en barrios urbanos como Los Tres Brazos requiere un compromiso a largo plazo y políticas públicas que fomenten la sostenibilidad de las intervenciones, asegurando que la comunidad pueda vivir libre de la amenaza de la malaria. (6)

Este relato no solo busca resaltar la historia de un barrio, sino reflexionar sobre cómo los problemas de salubridad y las condiciones socioeconómicas moldean comunidades enteras. También es un recordatorio de la importancia de la resiliencia, el trabajo comunitario y las políticas públicas en la construcción de un futuro mejor.

REFERENCIAS

- (1) República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Guía para el diagnóstico, manejo y prevención de la malaria en la República Dominicana. 2024.
- (2) República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Guía nacional de la malaria en la República Dominicana. 2019.

- (3) Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS impulsa plan para eliminar la malaria en República Dominicana. 2018.
- (4) República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Términos de referencia para la gestión de focos de malaria en municipios con transmisión activa. 2019.
- (5) Diario Libre. Salud Pública intensifica lucha contra la malaria en RD. 2024.
- (6) República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Guía para el diagnóstico, manejo y prevención de la malaria en la República Dominicana-Actualizada. 2024.

MATRIZ DE PROCESSOS CRÍTICOS COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DE AGENTES POPULARES DE SAÚDE DOS POVOS DAS ÁGUAS NO ESTADO DO CEARÁ

Augusto Fernando Santos de Lima¹

Mariana Gurbindo Flores

Bianca Cardoso Peixinho

Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Maria Viviane Nascimento Albuquerque

Mariana Olivia Santana dos Santos

Idê Gomes Dantas Gurgel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Fiocruz Pernambuco e o Ministério da Pesca e Aquicultura, considerando a necessidade de fortalecimento dos territórios de pesca artesanal e alinhada com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) [1], construiu uma proposta de intervenção voltada para os povos das águas, o “Curso Livre de Agentes Populares de Saúde dos Povos das Águas”, com 60h presenciais e turmas nos estados da Bahia, Ceará, Paraíba e Pernambuco.

As peculiaridades das populações tradicionais apresentam traços históricos, sociais e culturais e estão ligadas aos processos de adoecimento e saúde, gerando uma interação dialética, que é analisada com base na abordagem teórica e metodológica da Determinação Social da Saúde. [2]

Esse referencial ajuda na análise dos processos protetores e destrutivos da saúde em relação aos quatro “S” da vida sugeridos por Breilh. [3] Os quatro “S” representam aspectos que buscam promover uma existência digna; isso significa que a sustentabilidade, a soberania, a solidariedade e a (bio)segurança/viver saudável devem ser desenvolvidas nos contextos em que a saúde é cultivada, ou seja, nas áreas de produção, consumo, organização, construção cultural e nas interações com a natureza. Esses contextos se manifestam nas dimensões: singular, particular e geral. [4]

OBJETIVO

Compartilhar a experiência da utilização da Matriz de Processos Críticos na formação de Agentes Populares de Saúde dos Povos das Águas, no estado do Ceará.

METODOLOGIA

O Curso foi composto por cinco módulos temáticos, compreendendo os conteúdos mais importantes para a formação. A turma Ceará foi composta por 30 educandos (pescadores e pescadoras

1 Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. E-mail: nando_blima@hotmail.com

artesanais), residentes de 14 municípios do estado. O primeiro módulo–“Identidades, Territórios e Territorialidade dos Povos das Águas”–teve como objetivo aprofundar os conhecimentos sobre quem são os povos das águas e os territórios da pesca artesanal, compreendendo suas relações com a saúde individual e coletiva.

Para construção da Matriz de Processos Críticos, a turma foi dividida por território ou adjacências. Cada grupo foi orientado a refletir sobre a questão norteadora: *“O que ameaça e protege a vida no seu território?”*. Os grupos foram provocados à reflexão e em seguida representar de forma criativa com desenhos/mapas do território.

Enquanto cada grupo apresentava e debatia, a equipe pedagógica sistematizava e analisava as informações de acordo com os níveis/domínios da Matriz: Geral (sistema produtivo, políticas de Estado, território); Particular (modos de vida, processo de trabalho); Singular (estilo de vida, processo saúde-doença).

RESULTADOS

A Matriz sistematizada trouxe bastante riqueza ao módulo do Curso, sendo representativa para todo o estado do Ceará. Quanto aos Processos Protetores, o nível Geral foi representado pela existência do Sistema Único de Saúde e seus equipamentos no território, a construção de estradas e espaços de lazer etc. Para o nível Particular, trouxeram o projeto de lei 1221/23 que busca reconhecer e garantir o direito das marisqueiras, a territorialidade pesqueira, a relação afetiva com as águas e a pesca, os saberes e práticas tradicionais de cuidado etc. Já no nível Singular emergiu o autocuidado em saúde, o bem-estar, a tranquilidade, a prática de atividade física, o uso de conhecimentos tradicionais etc.

Aos Processos Destrutivos, no nível Geral os educandos trouxeram os empreendimentos eólicos, a carcinicultura, a especulação imobiliária, a privatização dos territórios etc. O nível Particular contou com a contaminação ambiental, conflitos fundiários, as mudanças climáticas, o risco pela perda da identidade tradicional, adoecimentos ocupacionais etc. O Singular contou com elementos como os adoecimentos no território pela pesca em águas contaminadas, prurido na pele em regiões com usinas eólicas, desnutrição, fome, ansiedade, depressão, estresse, entre outros.

O momento proporcionou uma discussão com a finalidade de identificar os processos críticos e os riscos associados, bem como esses impactos a médio e longo prazo, a partir do que os educandos trouxeram na atividade. Estimulou o pensamento crítico-reflexivo sobre o cotidiano no território, por exemplo:

“Nossa mãe maré está doente, percebemos quando a mãe maré está bem” (pescadora 1).

As falas trouxeram a ameaça da poluição do mar e dos rios, decorrente da exploração dos recursos naturais em prol da nutrição do capitalismo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atividade realizada deu voz aos pescadores outrora silenciados, evidenciou suas dores e, não menos importante, proporcionou o reconhecimento de sua territorialidade e importância para a formação enquanto Agentes Populares de Saúde. A efetivação da Matriz não diz respeito apenas a construção, é uma fase importante, mas é complementada pelo fortalecimento das demandas das comunidades, evidenciando as potências e fragilidades de seus territórios, fazendo emergir diferentes formas de percebê-lo, além das oportunidades de mobilização coletiva em busca de melhores condições de vida e trabalho.

A proposta pôde proporcionar uma reflexão ampla dos pescadores em seus territórios, onde trazem para a consciência os temas abordados, a visualização da territorialidade, os colocando no centro dos territórios, como protagonistas de seus espaços. A voz para os silenciados e a imagem para os invisibilizados surgem para marcar seus territórios de maneira enfática e com propriedade.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- [2] Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta detransformación hacia una nueva salud pública (salud coletiva). Rev Facultad Nacional Salud Pública. 2013;31(1):13-27.
- [3] Breilh J. El desafío de construir un mundo agrario sustentable, solidario, soberano y seguro (las cuatro “S” de la vida).

MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E O CHÃO DE ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Flávia de Maschio Álvares¹

Leticia Correa Trevizan

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O crescente número de laudos médicos endereçados a crianças tem sido um fenômeno observado na literatura, bem como por profissionais e agentes que atuam nas políticas públicas brasileiras. Em consonância com isso, percebe-se um alto índice de encaminhamentos de crianças à saúde realizados pelas escolas, muitas vezes sustentados com queixas de (não) aprendizagem e comportamentos considerados indesejados na escola e na sociedade em geral. [1] A inserção profissional cotidiana em escolas municipais enquanto psicólogas permite as autoras identificarem o quão expressiva é a questão e determina o modo como os profissionais de educação olham para os estudantes, observando seus comportamentos de maneira não contextual e como possíveis arranjos sintomáticos que devem ser avaliados, diagnosticados e medicados. Diante disso, é inevitável o questionamento sobre como tem-se encarado determinados comportamentos dentro da lógica de produtividade em nossa sociedade. A medicalização enquanto processo de extensão do discurso da medicina a outras esferas da vida, ampliando os limites do patológico e restringindo os limites da normalidade avança, então, para a infância.

OBJETIVO

Analisar o fenômeno da medicalização da infância no contexto da educação básica a partir do relato de experiência das autoras enquanto psicólogas que atuam em escolas em um município do Paraná/PR, articulando com os conceitos teóricos de medicalização da infância e da teoria da determinação social do processo saúde-doença.

METODOLOGIA

Foram consideradas a prática profissional das autoras do trabalho, que atuam como psicólogas em uma equipe multiprofissional da Secretaria de Educação de um município da região metropolitana de Curitiba/PR. As equipes multiprofissionais são compostas por duplas de assistentes sociais e psicólogos que se dividem territorialmente para o atendimento de cerca de 39 escolas municipais, que atendem estudantes do infantil 4 e 5, além do 1º ao 5º ano do ensino fundamental. A inserção dessas equipes dentro do cotidiano escolar visa a promoção de ações variadas que contribuam para o melhor desenvolvimento das crianças e comunidade escolar. São nessas ações, sobretudo as estabelecidas com profissionais da educação e familiares, que são constatadas as principais queixas e discursos acerca da

1

Universidade Federal do Paraná. E-mail: anafla.maschio@gmail.com

temática da medicalização. Além dos dados construídos a partir da inserção profissional, considera-se a teoria da determinação social do processo saúde-doença enquanto arcabouço científico que permite a sistematização do conceito de medicalização e de outros pertinentes para entendimento da realidade observada e discussão aqui proposta.

RESULTADOS

A inserção da equipe multiprofissional dentro das escolas, sobretudo da psicologia, evidenciou que uma das queixas predominantes de professores e, em menor grau, familiares, é justamente os comportamentos das crianças considerados desviantes e indesejados em contexto escolar ou em casa, a saber: agitação, falta de atenção, oposição às normas impostas pelos adultos, agressividade direcionada aos adultos e entre pares. É curioso notar também um discurso alastrado entre os profissionais da educação que visa localizar tais atitudes enquanto sintomas de um diagnóstico que muitas vezes a criança nem recebeu. Nesse sentido, o questionamento às normas é visto e nomeado como TOD (transtorno oppositor desafiador); a agitação e falta de foco, enquanto TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade); agressividade e interesses específicos (não compreendidos) enquanto traços de TEA (transtorno do espectro autista) e assim por diante. O apelo às equipes da psicologia, nesse sentido, é de uma avaliação ou encaminhamento para a política de saúde, a fim de diagnosticar e, com isso, medicar tais características. Para além da ilusão de que medicações e outras terapias irão solucionar os comportamentos indesejados, há as limitações dentro da própria educação: salas lotadas, poucos professores, pouca formação adequada e um desentendimento das consequências da medicalização na vida e desenvolvimento das crianças. Além disso, os próprios recursos pedagógicos que podem mediar e corroborar com o aprendizado de crianças com mais dificuldades, tal como sala de recursos multifuncional, estão condicionados à existência de um laudo médico. Sendo assim, parece restar pouco aos professores senão aderir a uma lógica que individualiza os problemas nos estudantes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A crescente medicalização da infância encontra lastro na própria dinâmica das escolas. Há um apelo por parte das equipes pedagógicas em encaminhar crianças para os serviços de saúde de modo que esses sejam diagnosticados. Contudo, esse processo tem ocorrido dentro das próprias escolas por esses profissionais, na medida em que já assumem comportamentos dados como anormais e consequentemente estereotipam os estudantes. É importante, contudo, compreender os determinantes estruturais desse fenômeno que vão além da vontade individual dos sujeitos. A pressão por produtividade a que estão submetidos educadores e estudantes faz com que a normatização e contenção de comportamentos sejam a resposta imediata ao problema que, em última instância, está ligado ao modo de produção social da vida. [2] Por fim, o trabalho das equipes multiprofissionais deve estar atento aos riscos desses apelos, para que não corrobore ainda mais com a medicalização da vida e da infância.

REFERÊNCIAS

- [1] Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf
- [2] Almeida MR, Gomes RM. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Nuances. 2014;25(1):155-7. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2728>
- [3] Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Revista Latinoamericana de salud. 1982. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf

MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: DESENTAÑANDO LAS DESIGUALDADES EN TIEMPOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Kary Desiree Santos-Mercedes¹

Jonathan Patricio-Baldera

Fernando Ruiz-Vallejo

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna se ha mantenido como un gran desafío para la salud pública global, pues cada día fallecen alrededor de 830 mujeres por complicaciones derivadas del embarazo o el parto. En los últimos cuatro años, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) ha aumentado debido a los impactos de la pandemia de la COVID-19, especialmente en naciones donde los sistemas de salud carecían de preparación para afrontar esta crisis.(1,2)

En la República Dominicana, la pandemia de la COVID-19 ha intensificado este problema, en 2020 se registró una razón de 127 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (muy por encima del promedio de 67 en Latinoamérica), y estudios recientes sostienen que la crisis sanitaria agravó las disparidades sociales relacionadas con la mortalidad materna.(3,4)

Desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, múltiples factores socioeconómicos influyen en esta problemática, como es el analfabetismo, la pobreza multidimensional, entre otros. Desde este enfoque, argumentan que el promedio nacional tiende a esconder la heterogeneidad de la situación de salud al interior del país, por lo que las diferencias a nivel provincial en cuanto a la RMM están más pronunciadas y describen mejor la situación de salud del país que el promedio nacional.(5)

OBJETIVO

Analizar cómo la pandemia de la COVID-19 ha influenciado la magnitud y distribución de las desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad materna en la República Dominicana, explorando las desigualdades socioeconómicas y demográficas presentes durante la pandemia.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio ecológico, de corte transversal, utilizando datos secundarios correspondientes a los microdatos de muertes maternas reportados por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y los registros consolidados de nacidos vivos en la República Dominicana, en mujeres de 10 a 49 años, para el año 2021. La RMM se calculó como la relación entre el número de muertes maternas y el total de nacidos vivos en el mismo período. Se incorporaron indicadores socioeconómicos y demográficos

1 Universidade de Brasília. E-mail: karysantos017@gmail.com

como el analfabetismo femenino, la proporción de jefatura de hogar, el porcentaje de mujeres en residencias urbanas y el nivel socioeconómico, obtenidos de la Encuesta Nacional de Hogares y otras fuentes oficiales. Se aplicaron técnicas descriptivas, exploratorias y correlacionales para evaluar la relación entre la RMM y los determinantes sociales a nivel provincial, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Se emplearon medidas simples (Diferencias absolutas y relativas de riesgos) y complejas (IDP e ICD) para cuantificar las desigualdades asociadas a la RMM. Fue utilizado el programa Epidat 4.2 y R Studio 4.3.1. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Para el año 2021 se estimó una RMM de 153.6 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, evidenciándose marcadas disparidades a nivel provincial. Las provincias con mayores niveles de RMM fueron Monte Cristi (402.5), Dajabón (402.4) y Bahoruco (302.3), en contraste con las de menores niveles, como Monseñor Nouel (65.2), Sánchez Ramírez (41.5) y el Distrito Nacional (33.7).

El análisis de correlaciones mostró una asociación moderada y positiva entre la RMM con el analfabetismo ($Rho=0.42$) y el nivel socioeconómico ($Rho=0.34$), lo que indica que las provincias con mayor proporción de mujeres en analfabetismo o en grupos socioeconómicos bajos presentan niveles más elevados de RMM. Se encontró correlación negativa con la jefatura de hogar femenina ($Rho=-0.48$) y con la residencia en zonas urbanas ($Rho=-0.40$), sugiriendo que mayores niveles en estas variables se asocian a menores valores de RMM.

Los análisis de desigualdades simples revelaron que las provincias con menores proporciones de mujeres que ejercen la jefatura de hogar presentan aproximadamente 160 muertes maternas adicionales por cada 100,000 nacidos vivos, lo que equivale a una diferencia relativa de 2.4 veces. Se observó que para la proporción de mujeres en residencias urbanas o en condiciones socioeconómicas bajas, la desigualdad alcanza cerca de 130 muertes adicionales por 100,000 nacidos vivos, casi duplicándose en términos relativos.

En las medidas complejas, que consideran a todos los estratos, se identificaron desigualdades desfavorables. En provincias con peores condiciones se encontraron diferencias de aproximadamente 120.2, 190.2 y 153.3 muertes adicionales por 100,000 nacidos vivos en relación con los indicadores de residencias urbanas, jefatura de hogar femenina y grupos socioeconómicos, respectivamente.

CONSIDERACIONES

Los hallazgos evidencian que la pandemia de COVID-19 ha exacerbado las desigualdades sociales asociadas a la mortalidad materna en la República Dominicana, revelando marcadas diferencias a nivel provincial. Los resultados resaltan la urgencia de adoptar medidas estructurales e interseccionales que aborden los determinantes sociales y reduzcan estas brechas, permitiendo avanzar hacia una atención materna más equitativa y de calidad. Asimismo, se destaca la importancia de promover investigaciones futuras que profundicen en los mecanismos subyacentes a estas desigualdades.

REFERENCIAS

- (1) Alkema L *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-474.
- (2) Gutiérrez Ramos M. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021? *Rev Peruana Ginecol Obstet*. 2022;68(1).
- (3) UNICEF. Más de un 80% de las muertes maternas y neonatales son evitables. 2021 Mayo 20. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/>
- (4) Santos Mercedes KD, Zanatta Coutinho R. Characterization of maternal mortality and severe maternal morbidity before and during Covid-19: an analysis for the Dominican Republic. 2024. <https://doi.org/10.1101/2024.03.11.24304148>
- (5) Santos Mercedes KD, Patricio Baldera J. Desigualdades sociales en la mortalidad materna, República Dominicana, 2016. *Cienc Salud*. 2023;7(3):23-36.

MORTALIDADE INFANTIL POR COR/RAÇA NO BRASIL E REGIÕES DO PERÍODO DE 2014 A 2023: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Filipe Giordano Valério¹

Maria Eduarda Santos Teperino Abreu Guastini

Millena Mendonça Andrade Paes Leme

Vanessa de Farias Albernaz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é definida como todo óbito ocorrido em nascidos vivos com idade menor ou igual a um ano, e é um importante indicador da condição de saúde de um país, sendo útil na mensuração dos níveis de saúde de um país, dado que grande parte dos eventos de mortalidade infantil são evitáveis. No Brasil, tem sido observado um declínio desse indicador, com o ano de 2023 apresentando a menor taxa de mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis nos últimos 23 anos, com um total de 20,2 mil mortes. Porém, esses índices permanecem uma preocupação da saúde pública, uma vez que os valores vigentes ainda são elevados, além de refletirem diversas disparidades de indicadores sociodemográficos, a exemplo da raça/cor. [1,2]

Ademais, existem ações brasileiras que apresentam resultados no declínio da mortalidade infantil, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), programa que reduziu a mortalidade infantil com eficácia 70% maior quando comparada à redução em áreas sem cobertura da ESF.

Por fim, em um âmbito global, existem iniciativas para a redução da mortalidade infantil, especialmente em países emergentes e subdesenvolvidos, como o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas de diminuição da mortalidade infantil em $\frac{2}{3}$ até 2015, meta que foi cumprida com antecedência, após a redução do coeficiente de 47,1 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos, em 1990, para 15,3 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos, em 2011. [1]

OBJETIVO

O estudo tem como objetivo comparar as taxas de mortalidade infantil segundo as categorias de cor/raça do IBGE entre as cinco regiões do Brasil no intervalo de 2014 a 2023, além de observar padrões de discrepância étnico-racial nos dados epidemiológicos calculados e tendências regionais brasileiras.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo dos óbitos infantis no Brasil segundo categorias IBGE de cor ou raça referente ao intervalo de 2014 a 2023, com comparações entre as diferentes regiões brasileiras. A

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: filipegv@id.uff.br

amostra de nascidos vivos foi estratificada de acordo com a cor/raça da criança—foram analisados os dados de crianças negras (soma das crianças pretas e pardas), brancas e indígenas—e local de óbito.

Os infantes incluídos no estudo foram selecionados a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), sendo que a partir de 2011, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) passou a ser preenchida com a cor ou raça da mãe. Os dados foram coletados com a ferramenta DATASUS, no serviço TABNET. [3]

Para as análises epidemiológicas, foram calculados os indicadores: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e Mortalidade Infantil segundo cor ou raça para cada região brasileira nos anos de 2014 a 2023, de acordo com as seguintes fórmulas:

$$(\text{Óbitos infantis})/(\text{Nascidos vivos}) \times 1000$$

$$(\text{Óbitos infantis segundo cor/raça})/(\text{Nascidos vivos segundo cor/raça}) \times 1000$$

RESULTADOS

Primariamente, na comparação do Coeficiente de Mortalidade Infantil entre diferentes regiões do Brasil, observa-se que a região Norte apresenta o maior CMI, seguida do Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. No período analisado, o CMI do Brasil apresentou flutuações, mas com uma ligeira redução entre 2014 e 2023, de 2,17%. Apesar da diminuição do indicador no país, houve um pequeno aumento nas regiões Norte e Sudeste, de 1,15% e 0,43%, respectivamente.

Na região Norte, nota-se que as crianças brancas apresentaram maior CMI, com uma tendência de diminuição, que é acompanhada pela redução do CMI de indígenas, com o segundo maior CMI da região dentre as categorias de cor/raça analisadas. Em último lugar, porém com um aumento de 1,15% do CMI, estão os infantes de cor/raça negra.

Já no Nordeste, o CMI de crianças indígenas e brancas alternam em primeiro lugar, mas o CMI de indígenas diminuiu em 20,76%, enquanto o de crianças brancas permaneceu praticamente o mesmo. Nessa região, o CMI de crianças negras foi o menor.

No Sudeste e no Sul, observa-se uma flutuação considerável do CMI de crianças indígenas, com um aumento entre 2014 e 2023, enquanto o CMI de crianças brancas e negras se mantiveram estáveis.

Por fim, na região Centro-Oeste, no intervalo estudado, houve uma diminuição de 27,64% no CMI de indígenas, com uma estabilidade do coeficiente em crianças brancas e negras.

Dessa maneira, em âmbito federal, observa-se que dentre as categorias de cor/raça analisadas, o CMI indígena ocupa o primeiro lugar, seguido do CMI de crianças brancas e, em último, o de infantes negros. Apesar do Coeficiente de Mortalidade Infantil de crianças indígenas ser o maior, também foi o que apresentou maior redução entre 2014 e 2023. No período analisado, pode-se afirmar que houve uma estagnação do CMI geral, com uma redução ínfima em algumas regiões.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É evidente que desigualdades regionais possuem papel central no CMI—em regiões como o Norte e o Nordeste, onde há maior dificuldade de acesso a atendimento pré-natal, a mortalidade infantil supera a média nacional. [3]

O fenômeno do CMI de crianças brancas ser superior ao de crianças negras foi um resultado inesperado, e percebe-se que isso ocorreu devido à alteração no preenchimento da DNV em 2011, em que essa declaração passou a ser preenchida com a cor/raça da mãe. Isso acarretou o aumento no número de nascidos vivos de infantes pretos e pardos, enquanto o número de óbitos permaneceu inalterado. [3]

A estagnação do CMI geral no período estudado urge a formulação de novas ações governamentais para a redução da mortalidade infantil e melhor assistência pré-natal. Também é necessário que a raça/cor do recém-nato volte a ser registrada na DNV, para que o índice reflita com maior fidelidade as desigualdades estruturais no Brasil.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos2>.
- [2] Hatisuka MFB, Moreira RC, Cabrera MAS. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2021 Sep [cited 2025 Mar 12];26(9):4341–50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TxWXzX3BLjML6qMgWHbzXLk/?lang=pt>
- [3] Caldas ADR, Santos RV, Cardoso AM. Iniquidades étnico-raciais na mortalidade infantil: implicações de mudanças do registro de cor/raça nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 22];38(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sw4tCfvvM6PqNxTFtTcFG9s/?format=pdf&lang=pt>

MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTES NO ESTADO DE ESPIRITO SANTO DE 2019 A 2023

Casanova André Motopa Mpuhua¹

Jossiane Teixeira de Oliveira

Luiz Carlos de Abreu

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Causas externas são consideradas um problema de saúde pública no mundo, associadas às diversidades socioeconômicas, políticas e culturais. Dentre eles, destacam-se os acidentes de trânsito [1]

Todos os dias, centenas de pessoas perdem a vida ou sofrem sequelas graves em acidentes de trânsito. Esses acidentes representam um sério problema de saúde pública em todo o mundo [2].

De acordo com o Relatório de Status Global de Segurança Rodoviária de 2018, da Organização Mundial da Saúde (OMS), 1,35 milhão de pessoas perderam a vida em acidentes de trânsito em todo o mundo. Apesar dos avanços em áreas como legislação, segurança veicular e atendimento pós-acidente, os números continuam a não apresentar redução [3].

Um total de 90% dos acidentes de trânsito acontece em países subdesenvolvidos, embora tenham metade do número de veículos vendidos no mundo [4].

No Brasil, desde a criação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB–Lei 9.503 de 1997) até 2008[5], acidentes de trânsito aumentaram 121% [6].

No Espírito Santo, no entanto, ainda existem lacunas na literatura científica acidentes de trânsito entre os usuários das vias neste estado da Federação. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar tendência da mortalidade por acidentes de trânsito no estado de Espírito Santo.

OBJETIVO

Este é um estudo ecológico de análises de séries temporais. Foram utilizados dados secundários referentes a óbitos por acidentes de trânsito por local de residência no estado de Espírito Santo, Brasil, no período de 2019 a 2023. A coleta de dados ocorreu por meio de dados disponíveis no Departamento de Informática do SUS (“Informações de Saúde – DATASUS”). As informações são provenientes de Espírito Santo, que possui uma área de 46.074,448 km² e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,771 em 2023 o estado possuía total 2.357.061 veículos, (IBGE).

Os óbitos foram contabilizados a partir dos óbitos por causas externas–acidentes de trânsito notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do DATASUS, considerando o local de residência.

1 E-mail: mpuhuacasanovaa@gmail.com

Foram incluídos todos os óbitos por causas externas de morbimortalidade (Capítulo XX), segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) ocorridos no período entre 2019 e 2023.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório que utiliza a base de dados pública da ANVISA, acessada pelo site oficial. O objeto dessa pesquisa são os antibióticos, tendo em vista o impacto que os mesmos têm no tratamento de saúde para inúmeras situações que acometem a população. A escolha por essa classe terapêutica remete a necessidade discutir sobre o conceito de medicamentos essenciais, ou seja, aqueles que atendem às necessidades de saúde da população, devendo estar disponíveis a todos. As variáveis que foram analisadas por esse estudo são: 1) tipo de descontinuação que pode ser definitiva ou temporárias; 2) o motivo registrado para a descontinuação; 3) as empresas responsáveis pela produção dos medicamentos; e 4) o insumo farmacêutico ativo descontinuado. O período a ser estudado será de 2020 até 2024, pois é interesse desse trabalho ver se há impacto da pandemia na disponibilidade dessa classe terapêutica. Esse estudo é parte de um projeto financiado pelo CNPq que discute o tema da saúde e o Estado brasileiro dependente a luz da TMD, e tem o desabastecimento sanitário como uma das consequências da subordinação do setor farmacêutico em relação ao sistema interestatal capitalista.

RESULTADOS

De 2019 a 2023, foram notificados 1.201 (100%) óbitos por acidentes de trânsito no Estado de Espírito Santo, Brasil. O maior número de óbitos ocorreu no sexo masculino (83,09%), com idade entre 20 e 49 anos (57,36%), solteiros (38,55%), em vias públicas (48,95%) e hospitais (39,13%).

A taxa de mortalidade para o sexo masculino é de aproximadamente 0,26 óbitos por mil habitantes e 0,053 óbitos por mil habitantes no sexo feminino.

No Espírito Santo De 2019 a 2023, foram notificados 1.201 indivíduos foram vítimas fatais de acidentes de trânsito. Neste estudo, observou-se que homens apresentam altas taxas de mortalidade por acidentes de trânsito em relação às mulheres sexo feminino. Esses fatos ilustram a necessidade de fortalecer as estratégias de intervenção e mudanças em políticas públicas a fim de alcançar a redução da mortalidade para todas as categorias, atingindo usuários de todos os tipos de veículos e de ambos os sexos.

Números mais elevados de óbitos entre o sexo masculino também foram observados no Malawi, um país do sudeste da África, entre 2008 e 2012. Durante esse período, ocorreram 11.467 acidentes, resultando em 4.518 mortes, das quais 3.696 eram homens [7]. Em Marília, São Paulo, Brasil, em 2012, um padrão semelhante foi identificado. Após uma análise descritiva de boletins de ocorrência e certidões de óbito, foram registradas 78 vítimas fatais, sendo 17 mulheres e 61 homens na província de Kermanshah, no oeste do Irã, entre 2004 e 2013, 4.870 pessoas perderam a vida em acidentes de trânsito, sendo 3.807 homens e 1.063 mulheres [8].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O maior número de óbitos ocorreu no sexo masculino (83,09%), com idade entre 20 e 49 anos (57,36%), solteiros (38,55%), em vias públicas (48,95%) e hospitais (39,13%).

A taxa de mortalidade para o sexo masculino é de aproximadamente 0,26 óbitos por mil habitantes e 0,053 óbitos por mil habitantes no sexo feminino.

REFERÊNCIAS

- [1] James SL *et al.*, "Morbidity and mortality from road injuries: results from the Global Burden of Disease Study 2017," *Inj. Prev.* 2020;26(2):i46–i56. doi: 10.1136/injuryprev-2019-043302.
- [2] Leitão FNCet *al.*, "Factors associated with incidence and mortality by road accidents involving motorcyclists and pedestrians: a rapid systematic review," *J. Hum. Growth Dev.* 2022;32(1):72–82. doi: 10.36311/jhgd.v32.12614.
- [3] Toroyan T. Global status report on road safety. *Inj. Prev.* 2009;15(4):286–286. doi: 10.1136/ip.2009.023697.
- [4] Sadeghi-Bazargani H. A decade of road traffic fatalities among the elderly in north-West Iran. *BMC Public Health.* 2018;18(1):111. doi: 10.1186/s12889-017-4976-2.
- [5] Bacchieri G. Determinantes e padrões de utilização da bicicleta e acidentes de trânsito sofridos por ciclistas trabalhadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saude Publica.* 2005;21(5):1499–1508. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500023.
- [6] Bacchieri G, Barros A. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev. Saude Publica.* 2011;45(5):949–963. doi: 10.1590/S0034-89102011005000069.
- [7] S Manyozo, F Schlottmann. Road traffic collisions in Malawi: Trends and patterns of mortality on scene. *Malawi Med. J.* 2018;30(2):132. doi: 10.4314/mmj.v30i2.14.
- [8] Hamzeh B *et al.* Epidemiology of traffic crash mortality in west of Iran in a 9 year period. *Chinese J. Traumatol.* 2016;19(2):70–74. doi: 10.1016/j.cjtee.2015.12.007.

MORTALIDADE POR CÂNCER DE CAVIDADE ORAL E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS: ANÁLISE ESPACIAL NO ESTADO DO PARANÁ, 2021 A 2023

Lays Silva de Azevedo¹
Beatriz Bertuzzo Möller
Priscila Bastos de Souza
Tatiana Natasha Toporcov
José Leopoldo Ferreira Antunes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, para cada ano de 2023 a 2025, são estimados 15.100 novos casos de câncer de cavidade oral (CID-10 C00-C10), sendo o oitavo tipo de câncer mais incidente no país, sem considerar os tumores de câncer de pele não melanoma. [1]

Em 2022, ocorreram 2.840 óbitos entre homens e 937 entre mulheres no Brasil, representando uma taxa de mortalidade de 2,72 e 0,86 por 100 mil habitantes, respectivamente. [2]

Os fatores de risco para esse tipo de câncer diferem conforme a localização do tumor, sendo o tabagismo e o consumo de álcool os principais. Além disso, exposição prolongada ao sol é um fator de risco para câncer de lábio, e a infecção por HPV (Papiloma Vírus-Humano) está associada a tumores de orofaringe. [3]

No Brasil, o diagnóstico para câncer de cavidade oral geralmente ocorre tardiamente, exigindo tratamentos mais agressivos e resultando, conseqüentemente, em maior mortalidade. [4]

Além disso, a mortalidade por esse câncer pode estar relacionada a aspectos socioeconômicos, ao acesso aos serviços de saúde e à exposição a fatores de risco, sendo a população mais vulnerável socioeconomicamente mais susceptível ao agravo e suas complicações [5]. Dessa forma, a análise espacial é de extrema importância para compreender a distribuição da mortalidade e para subsidiar um planejamento em saúde efetivo e com ações equitativas.

OBJETIVO

Analisar a distribuição espacial das taxas de mortalidade por câncer de cavidade oral (C00-C10) nos municípios do Paraná, no período de 2021 a 2023, identificando padrões de autocorrelação e aglomerados espaciais em comparação com a distribuição da renda per capita.

1 Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. E-mail: laysaz@usp.br

METODOLOGIA

Estudo ecológico com dados de óbitos por câncer de cavidade oral no Paraná, de 2021 a 2023, a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com os códigos C00 a C10 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O Índice de Desenvolvimento Municipal (IDHM) foi obtido do Atlas Brasil, sendo 2010 o último ano disponível.

As taxas de mortalidade foram calculadas dividindo-se os óbitos pela população do mesmo local e ano, multiplicado por 100 mil, e suavizadas pelo cálculo bayesiano empírico local devido às variações.

A autocorrelação espacial se deu com o Índice de Moran Global. O Indicador Local de Autocorrelação Espacial (LISA) identificou aglomerados espaciais, destacando quatro tipos de clusters: alto-alto (municípios com altas taxas de mortalidade com vizinhos com altas taxas); baixo-baixo (municípios com taxas baixas com vizinhos com taxas baixas); baixo-alto (municípios com taxas baixas cercados por taxas altas); e alto-baixo (municípios com altas taxas cercados por vizinhos com taxas baixas).

Foi utilizado o GeoDa 1.22 para as taxas de mortalidade, autocorrelação espacial e aglomerados, e o QGIS 3.38 para a distribuição espacial.

RESULTADOS

No total, foram obtidos 867 casos de óbito por câncer de cavidade oral (C00-C10) no estado do Paraná, de 2021 a 2023.

As maiores taxas de mortalidade em 2021 foram observadas nos municípios de Esperança Nova (28,25 óbitos por 100 mil habitantes) e Luiziania (16,93 por 100 mil), ambos pertencentes à região intermediária de Maringá, sendo municípios com IDHM entre 0,5 e 0,6; bem como Igatu, com taxa de 18,79; Miraselva, com taxa de 16,34; e Bom Sucesso do Sul, com taxa de 15 óbitos por 100 mil, sendo ambos com IDHM entre 0,7 e 0,8.

Em 2022, os municípios com as maiores taxas pertencem também à região intermediária de Maringá, sendo Esperança Nova (24,76 por 100 mil), Inajá (20,70 por 100 mil), Paranacity (19,79 por 100 mil) e Ivaté (16,25 por 100 mil). Ambos possuem IDHM entre 0,7 e 0,8, exceto Esperança Nova, com IDHM entre 0,6 e 0,7.

No ano de 2023, apenas dois municípios apresentam taxas de mortalidade maiores que 20, sendo Nossa Senhora das Graças (26,49 por 100 mil habitantes; IDHM entre 0,7 e 0,8) e Antônio Olinto (28,60 por 100 mil; IDHM entre 0,6 e 0,7).

O Moran Global para a taxa de mortalidade suavizada foi de 0,15 em 2021, 0,18 em 2022 e 0,09 em 2023, mostrando uma autocorrelação espacial baixa (pseudo $p < 0,05$).

Com o Moran Local de 2021, foram obtidos 4 *clusters* alto-alto, 7 *clusters* baixo-baixo, 2 *clusters* alto-baixo e 6 *clusters* baixo-alto, sendo o maior cluster de taxas baixas na região intermediária de

Maringá, e de taxas altas na região de Londrina. Em 2022, houve 4 *clusters* alto-alto, 8 *clusters* baixo-baixo, 2 *clusters* alto-baixo e 7 baixo-alto distribuídos por todo o estado, especialmente compostos por municípios com IDHM entre 0,7 e 0,8. Por fim, em 2023 foram obtidos 6 *clusters* alto-alto, 11 *clusters* baixo-baixo, 1 *cluster* alto-baixo e 8 baixo-alto.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Foi possível verificar que a maior parte dos municípios do estado apresentaram taxas de mortalidade abaixo de 10 óbitos por 100 mil habitantes. As taxas estão distribuídas em todo o estado, porém com maiores *clusters* de taxas baixas na região intermediária de Maringá, e de taxas altas na região intermediária de Londrina e Maringá. Essas duas regiões também apresentam a maior concentração de municípios com taxas de mortalidade altas em 2022 e 2023.

Ao comparar as taxas e os *clusters* com o IDHM, a maioria dos municípios das regiões de Maringá e Londrina apresentam o indicador entre 0,7 e 0,8, considerado alto; entretanto, os *clusters* de taxas altas são compostos principalmente por municípios com IDHM médio (entre 0,6 e 0,7).

Esses achados destacam diferenças na distribuição da mortalidade, reforçando a existência de desigualdades entre municípios, bem como a necessidade de abordagens direcionadas e ação coordenada para enfrentamento ao agravo, além de apontamentos para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
- (2) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Atlas on-line de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
- (3) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diagnóstico precoce do câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
- (4) Campion ACOV *et al.* Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. Cad saúde colet. 2016;24(2):178-84.
- (5) Freire AR *et al.* Socioeconomic indicators and economic investments influence oral cancer mortality in Latin America. BMC. 2021;21(1):377.

MORTALIDADE POR HOMICÍDIO DE POLICIAIS CIVIS, INDICADORES SOCIAIS E CRIMINAIS NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL NO ANO DE 2022

Josley Santana Nunes¹

Amalia Aparecida dos Santos Leal

Raiane Gondim Mascarenhas

Lais Santos de Aguiar

Adrielle Souza Silva

Beatriz da Silva Sant'anna

Eva Bulcão Mota

Evaldo Ferreira Simões

Daniel Deivson Alves Portella

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A mortalidade por homicídio é um evento de efeitos notórios na sociedade que atinge todos ao seu redor e tem como reflexo as problemáticas sociais (1). Com números expressivos de notificações chegando aos 46.409 casos de homicídios no ano de 2022 no Brasil e tendo uma taxa de 21,7 para cada 100.000 habitantes os episódios podem ter causalidade os fatores como desigualdade sociais, corrupção, tráfico de drogas e o comércio ilegal de armas de fogo (1,2).

A violência é destaque em regiões metropolitanas que possuem altos índices de mortes violentas e intencionais (3). O fato é que essas regiões possuem piores indicadores socioeconômicos como pobreza, educação precarizada e baixa remuneração que aumentam o nível de desigualdade social. Ainda existem as condições específicas que elevam a incidência de criminalidade como corrupção, uso e tráfico de entorpecentes, porte e tráfico de armas de fogo que estão ligados ao aumento dos delitos nesses territórios (4).

No entanto, apesar de visto como incomum, a mortalidade por homicídio de policiais vem se tornando uma realidade corriqueira tendo notificações mais evidentes em regiões onde as taxas de mortes violentas intencionais são maiores. Dessa forma, faz-se necessário o presente estudo com a finalidade de reconhecer quais os indicadores sociais e criminais relacionados à mortalidade por homicídio de policiais civis no Brasil.

OBJETIVO

Verificar os indicadores sociais e criminais relacionados à mortalidade por homicídio de policiais civis nos estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil no ano de 2022.

1

Universidade do Estado da Bahia. E-mail: Josleynnunes@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, exploratório de múltiplos grupos, que investigou a mortalidade por homicídio de policiais civis e os indicadores sociais e criminais nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. A população do estudo foi composta por policiais civis de 16 estados dessas regiões, abrangendo uma área de 5.402.768,52 km² e uma população de 72.013.399 pessoas. Os dados foram coletados de fontes como o Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022, a Pesquisa Perfil das Instituições de Segurança Pública 2022, o Atlas da Violência e informações do IBGE. A coleta foi realizada pela Universidade do Estado da Bahia, com apoio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Segurança Pública. O banco de dados incluiu variáveis como taxa de homicídios de policiais, indicadores sociais (raça/cor e gênero) e criminais (taxa de homicídios). A análise utilizou estatísticas descritivas e cálculos da taxa de homicídios por ano e estado, apresentando os resultados em ordem decrescente da mortalidade por homicídios de policiais civis.

RESULTADOS

Em 2022, o Brasil possuía 99.475 policiais civis, sendo 72% homens e 28% mulheres. Nas regiões Norte e Nordeste, a maior concentração de policiais estava no Pará e na Bahia, com 3.671 e 5.389 policiais, respectivamente, enquanto os menores efetivos eram em Roraima e Sergipe. A composição racial variou, com o Amazonas destacando-se pela alta proporção de policiais pardos (93,7%) e o Piauí tendo a maior presença feminina (62,7%). Em termos de vitimização, o Brasil registrou 21 homicídios de policiais civis, com uma taxa de 0,21 por 1.000 profissionais na ativa. No Norte, o Pará e Rondônia apresentaram taxas elevadas, enquanto no Nordeste, o Rio Grande do Norte destacou-se com uma taxa de 1,25. Em comparação com a população geral, o Brasil tinha 55,5% de pessoas negras, com estados como Pará, Amapá e Tocantins apresentando altos índices de população negra no Norte, e Bahia, Maranhão e Piauí se destacando no Nordeste. O Brasil registrou 46.409 homicídios em 2022, com uma taxa nacional de 21,7 por 100 mil habitantes. O Pará, Amazonas e Rondônia lideraram em número de homicídios no Norte, enquanto a Bahia, Pernambuco e Ceará se destacaram no Nordeste, com as maiores taxas observadas na Bahia e Pernambuco.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A mortalidade por homicídio de policiais civis nas regiões Norte e Nordeste do Brasil em 2022 reflete a relação entre altas taxas de criminalidade e indicadores sociais desfavoráveis como a relação de raça/cor que estão ligados diretamente a promoção da desigualdade socioeconômica. O estudo revelou que a vitimização de policiais embora seja de menor incidência, ela ocorre com mais frequência em áreas com índices de violência e condições sociais precárias mais elevadas. A composição demográfica de raça e gênero também evidenciam desigualdades dentro das forças de segurança pública. Os achados destacam também a necessidade de políticas públicas que abordem as causas da violência e garantam mais proteção aos policiais, além de melhores condições sociais e econômicas dessas regiões.

REFERÊNCIAS

- (1) Gonzalez-Perez GJ, Vega-Lopez MG, Cabrera-Pivaral CE, Vega-Lopez A, Muñoz de La Torre A. Mortalidad por homicidios en México: tendencias, variaciones socio-geográficas y factores asociados. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(12):3195-3208.
- (2) Cerqueira D, Bueno S. Atlas da Violência 2023. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 2023.
- (3) Oliveira ALS, Luna CF, Silva MGP. Homicídios do Brasil na última década: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(5):1925-1933.
- (4) Minayo MCS. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Públ.* 1994;10 (supl. 1): 07-18.

MOVIMENTOS POPULARES DE SAÚDE (MOPS): O PARADOXO DO MODELO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Tales Gemaque Matos¹

Edna Cristina Santos Franco

Melissa Caldeira Lima de Lima

Daniel Martins Barros

Amanda Moutinho Ataíde

Ana Paula Ferreira Pantoja

Simone Alcantara da Silva

André Silva Lameira

Freddie Henrique Triani da Costa Pinheiro

Rui Jorge Moraes Martins Junior

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os Movimentos Populares de Saúde (MOPS) são iniciativas de base comunitária que buscam promover o acesso à saúde, melhorar as condições de vida e aumentar a conscientização sobre questões de saúde pública e direitos sociais. Os MOPS se organizaram em torno da ideia de que a saúde deve ser considerada um direito fundamental de todos, independentemente de classe social, etnia ou localização geográfica. Tal princípio se alinha com a defesa de um sistema de saúde universal, que busca eliminar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. O marco histórico dos MOPS foram as mobilizações sociais que emergiram durante o processo de redemocratização a fim de promover a saúde como um direito universal e dever do Estado. Sua formalização ocorreu em 1981 durante o III Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária que ocorreu em Goiânia. Incentivados pela insatisfação com o sistema de saúde vigente à época, os MOPS desempenharam papel crucial na defesa da participação social no controle dos serviços públicos de saúde e financiamento público do sistema de saúde, sendo estas ações fundamentais para a criação do SUS, que incorporou os princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento à saúde. [1]

OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica sobre MOPS a partir do seu contexto histórico, importância, organização e características; analisar a atuação dos Profissionais de Medicina Tradicional nos MOPS; avaliar o surgimento do modelo de clínicas médicas populares enquanto nicho de mercado encarregado de atender as demandas reprimidas do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura do tipo sistemática descritiva. Para a realização desse trabalho realizou-se pesquisa bibliográfica no período de janeiro de 2025 nos sites de busca SciELO, Portal da CAPES, Google Acadêmico e LILACS. Os indexadores em ciências da saúde utilizados foram: Participação da Comunidade; Profissionais de Medicina Tradicional; Medicina Social; Política de Saúde. Os artigos foram primeiramente selecionados a partir da leitura dos títulos e, em seguida, de seus resumos. Apenas artigos disponíveis na íntegra e que abordassem o tema em estudo foram utilizados independentemente do ano de publicação. Artigos duplicados foram excluídos.

RESULTADOS

Na década de 1970-80, o sistema de saúde no Brasil era caracterizado por um modelo assistencialista, com foco na medicina curativa-hospitalar. Com acesso à saúde desigual e a população de baixa renda enfrentando dificuldades para obter atendimento. Neste cenário, a mobilização e pressão social dos MOPS foram a força motriz para uma Reforma Sanitária e criação de um sistema público de saúde de caráter universal e integral, culminando com a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. [1,2]

Contudo, a realidade brasileira apresenta um verdadeiro paradoxo, pois o SUS ainda apresenta problemas estruturais, organizacionais e funcionais, tais como a falta de recursos que compromete a qualidade e oferta de serviços e as desigualdades no acesso à saúde com os cidadãos mais vulneráveis e povos tradicionais sendo os mais prejudicados. Na luta por uma saúde mais igualitária, profissionais de medicina tradicional, como parteiras, benzedeiras e pajés têm um papel essencial nos MOPS, atuando na luta por um sistema de saúde mais inclusivo e humanizado, além da implementação e fortalecimento do subsistema de atenção à saúde indígena (SASI-SUS). [3,4]

Os diversos problemas apresentados pelo SUS contribuíram também para o surgimento do modelo de clínica popular em 1996, que atuam num nicho de mercado encarregado de atender a demandas reprimidas do SUS, principalmente do coletivo assistido precariamente nos níveis de baixa e média complexidade do SUS, com agravamentos das doenças e tratamentos inadequados para as patologias desenvolvidas pela população. [5,6]

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Pode-se concluir que os MOPS foram cruciais na construção do SUS, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do Mundo. A participação social, via MOPS, objetivou garantir maior controle social sobre as políticas de saúde. O bom funcionamento do SUS carece da atuação de múltiplos atores e níveis governamentais, dificultando a implementação de políticas públicas eficientes. Neste contexto, profissionais de medicina tradicional têm atuado como guardiões de saberes tradicionais e espirituais. Nos MOPS, tais profissionais defendem um sistema de saúde mais inclusivo e culturalmente sensível às desigualdades estruturais enfrentadas por populações vulneráveis. Por fim, as

mazelas do SUS contribuíram com o surgimento de um sistema particular de atendimento à população denominado Clínicas Populares, um modelo que tem crescido ao longo dos anos enquanto prestadores de serviços de saúde para aqueles que buscam um acesso mais rápido aos médicos. [1-6]

REFERÊNCIAS

- [1] Paim JS. O Sistema de Saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999;15:106-115.
- [2] [Paim J](#), [Travassos C](#), [Almeida C](#), [Bahia L](#), [Macinko J](#). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377(9779):1778-97.
- [3] Santos MA. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. Rev. Katálysis. 2013; 16: 233-40.
- [4] Botelho, JB; Costa, HL. Pajé: reconstruction and survival. Hist. ciênc. saúde–Manguinhos. 2006; 13: 927-56.
- [5] Godoy, CV, Rocha, GM. A territorialidade da Atenção Básica à Saúde do SUS: a difusão das clínicas médicas populares na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2024; 29(4): e19742022.
- [6] Sousa, MN. Clínicas Populares de Saúde a partir da perspectiva de empresários e de representantes da classe médica. Saúde Soc. 2024; 33: e230426pt.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO SOBRE ECOANSIEDADE E VULNERABILIDADE EM IDOSOS

Wálisson Pereira Soares¹

Rafaela Aparecida Gonçalves da Fonseca

Luiz Felipe Silva

Gustavo Martineli Massola

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas representam um dos maiores desafios sanitários e sociais do século XXI. Seus impactos extrapolam os danos ecológicos, atingindo diretamente a saúde mental da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis, como os idosos [1]. Eventos extremos e a degradação ambiental têm potencializado sentimentos de angústia, medo e impotência diante da instabilidade climática. Nesse contexto, destaca-se a emergência do conceito de ecoansiedade – um sofrimento psíquico ligado à percepção dos efeitos presentes e futuros da crise ambiental [2]. Ao mesmo tempo, o Brasil vivencia um acelerado envelhecimento populacional, o que exige políticas públicas que considerem os efeitos subjetivos das transformações ambientais sobre o bem-estar psicológico [3]. A compreensão dos determinantes sociais da saúde contribui para elucidar as desigualdades nos processos de envelhecimento, ao evidenciar que fatores como educação, renda, habitação e acesso a serviços influenciam diretamente os desfechos em saúde [4]. A interseção entre mudanças climáticas, saúde mental e envelhecimento se constitui, assim, como um campo emergente e urgente de investigação crítica e interdisciplinar.

OBJETIVO

Refletir, por meio de uma revisão narrativa da literatura, sobre os impactos das mudanças climáticas na saúde mental de pessoas idosas, com ênfase na ecoansiedade como expressão de sofrimento coletivo vinculado à crise ecológica.

METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado por meio de revisão narrativa da literatura, abordagem qualitativa que permite discutir e descrever o desenvolvimento ou estado da arte de um determinado assunto, sob o ponto de vista contextual e teórico [5]. Foram analisadas produções científicas, incluindo artigos, relatórios de organismos internacionais, dissertações e livros que discutem saúde mental, mudanças climáticas, envelhecimento e vulnerabilidade social. A revisão teve caráter teórico-conceitual e interpretativo, buscando relacionar diferentes campos do saber e fomentar o debate sobre a justiça climática no campo da saúde coletiva. O foco principal recaiu sobre autores que abordam a ecoansiedade

1 Universidade Federal de Itajubá. E-mail: walissonpsi95@gmail.com

[2, 6], a determinação social da saúde [4], e os efeitos psicossociais da crise ambiental [7-9]. A busca bibliográfica foi realizada entre janeiro e abril de 2025 nas bases *Web of Science*, *Scopus* e *SciELO*.

RESULTADOS

A literatura revela que os impactos das mudanças climáticas sobre a saúde mental são multifacetados, manifestando-se em sintomas como ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e, mais recentemente, na ecoansiedade. Este conceito, ainda pouco explorado na saúde coletiva, expressa a angústia diante da degradação ambiental e da impotência percebida frente ao futuro incerto [2,6]. No caso dos idosos, os efeitos se potencializam devido à maior exposição a riscos ambientais, fragilidades fisiológicas e experiências de perda – de vínculos, de segurança e de sentido [10-12]. A ecoansiedade nos idosos pode estar relacionada à memória de paisagens perdidas, à sensação de deslocamento simbólico e ao medo pela vida das futuras gerações. Apesar de sua relevância, a saúde mental tem sido negligenciada nas estratégias de enfrentamento climático. Ainda que a OMS e a ONU recomendem sua inclusão nos planos de adaptação [8,9], a ausência de políticas específicas revela um apagamento institucional do sofrimento psíquico ambiental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Compreender os efeitos da crise climática sobre a saúde mental dos idosos exige uma abordagem interseccional e comprometida com a justiça ambiental. A ecoansiedade não deve ser medicalizada ou tratada como experiência individualizada, mas reconhecida como expressão legítima de sofrimento diante do colapso ambiental. É urgente incluir o cuidado psicossocial nas políticas climáticas e nas ações de saúde pública, fortalecendo redes de apoio e escuta qualificada. Esta reflexão reforça a necessidade de novas epistemologias na saúde coletiva que considerem o sofrimento ambiental, a subjetividade e a vulnerabilidade como dimensões centrais na construção de um envelhecimento digno e sustentável.

REFERÊNCIAS

- [1] Soares FV, Greve P, Sendín FA, Benze BG, Castro AP de, Rebelatto JR. Relação entre alterações climáticas e fatores determinantes da mortalidade de idosos no município de São Carlos (SP) em um período de dez anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2012Jan;17(1):135–46.
- [2] Pihkala P. Eco-anxiety and environmental education. *Sustainability*. 2020;12(23):10149.
- [3] Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Brasileiros com 60 anos ou mais superam 32 milhões de pessoas; MDHC reforça importância do cuidado e respeito com essa faixa etária [Internet]. Brasília: MDHC; 2023 [citado 2024 mai 30].
- [4] Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012Jan;17(1):123–33.
- [5] Rother ET. Revisão narrativa. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(1):23-6.
- [6] Ojala M, et al. Eco-anxiety, agency, and youth engagement. *Child Adolesc Ment Health*. 2021;26(3):185-190.

- [7] Harris A, et al. Heat and mental health. *Aust J Gen Pract.* 2025;54(1–2):62-65.
- [8] ONU. Saúde Mental como prioridade climática. ONU Brasil, 2022.
- [9] Organização Mundial da Saúde (OMS). Climate Change and Health. WHO; 2023.
- [10] Li X, Zhou Y, Liu Y, Zhang D. Climate change and depressive disorders in middle-aged and older people in China: A quasi-experimental study. *J Environ Psychol.* 2023;92:102162.
- [11] Hajek A, König HH. The association of climate anxiety with perceived health and lifestyle factors in older adults: Evidence from a population-based survey in Germany. *J Affect Disord.* 2023;320:154–60.
- [12] Zhou X, Li Y, Chen W. Climate change and mental health: A review of empirical studies in older populations. *Environ Res.* 2023; 216:114485.

NA ENCRUZILHADA DA SAÚDE: TRABALHADORES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, GÊNERO, RAÇA E O FUTURO DA EQUIDADE NO SUS

Diego Lima de Oliveira¹

Marli Souza Rocha

Daniela Maria Cruz Ferreira de Carvalho

Gabriella Silva Mendes

Karoline Martins Moreira

Stephany Cecília Rocha Damasceno

Vitoria Cristina dos Santos Vinhas

Yuri Santos de Brito

Etel Matielo

Luís Eduardo Batista

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Boletim Étnico-Racial de Trabalhadores do Ministério da Saúde de 2025¹ emerge como um instrumento crítico para compreender as dinâmicas de desigualdade estrutural no serviço público brasileiro, alinhando-se à Agenda 2030 da ONU, em especial ao ODS 10 (Redução das Desigualdades). Ao investigar a composição étnico-racial e de gênero da força de trabalho do Ministério da Saúde (MS), o documento situa-se no contexto de políticas afirmativas recentes, como a Estratégia Antirracista para a Saúde (Portaria GM/MS nº 2.198/2023)² e o Decreto nº 11.443/2023, que institui cotas de 30% para pessoas negras em cargos de liderança³. Fundamentado no conceito de interseccionalidade — cunhado por Kimberlé Crenshaw (1989) e aprofundado por Carla Akotirene (2019)⁴ —, o estudo¹ revela como raça, gênero e classe se articulam para reproduzir hierarquias coloniais, refletidas no “pacto da branquitude”, que reserva espaços de poder a grupos hegemônicos. A pesquisa¹ não apenas mapeia disparidades, mas também reforça o compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) com equidade, destacando a urgência de transformações institucionais para garantir justiça social e representatividade.

OBJETIVO

Analisar a representatividade étnico-racial e de gênero nos cargos do MS, avaliar o progresso das metas do Decreto nº 11.443/2023 (cotas para negros em cargos estratégicos) e discutir a interseccionalidade como ferramenta teórico-metodológica para políticas públicas inclusivas^{3,4}. O estudo visa subsidiar ações afirmativas que combatam iniquidades históricas, garantindo transparência e efetividade na promoção de ambientes laborais equitativos no âmbito da saúde pública.

1

E-mail: diego.loliveira@saude.gov.br

METODOLOGIA

A análise baseou-se em dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) de agosto/2024, abrangendo 22.460 servidores ativos, excluindo cedidos e aposentados¹. Variáveis investigadas incluíram sexo, raça/cor (classificação do IBGE), escolaridade exigida para o cargo e nível hierárquico (cargos comissionados 1-12 e 13-17)⁵. Utilizou-se estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e diagramas de Venn para visualizar intersecções de opressões (ex.: mulheres negras em cargos de liderança). A ética em pesquisa foi garantida pela Resolução CNS nº 674/2022, com anonimização de dados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Limitações incluem a ausência de dados sobre trabalhadores terceirizados e a falta de campos para autodeclaração de gênero nos sistemas, o que restringe análises sobre população LGBTQIAPN+.

RESULTADOS

A força de trabalho do MS é predominantemente feminina (67%) e branca (53,2%), com sub-representação crítica de pretos (12%) e indígenas (0,5%). Mulheres brancas ocupam 35,3% dos cargos, enquanto mulheres pretas representam apenas 9,1%, evidenciando a interseccionalidade entre racismo e sexismo. Nos cargos comissionados de alto escalão (nível 13-17), homens brancos predominam (30,9%), contra 1,5% de mulheres pretas. Apesar do Decreto 11.443/2023, apenas 27% dos cargos estratégicos são ocupados por negros, aproximando-se da meta de 30% para 2025. Indígenas, que representam 0,8% da população brasileira, constituem 0,5% dos servidores, com participação mínima em lideranças^{1,3,5}. A escolaridade revela disparidades profundas: 68,8% dos cargos de nível superior são ocupados por brancos, enquanto negros concentram-se em funções intermediárias (41,8%). Mulheres indígenas, por exemplo, representam 0,2% da força de trabalho e estão praticamente ausentes de cargos decisórios. O boletim¹ destacam que apenas 5 mulheres pretas ocupam cargos de nível 13-17 com formação superior, reforçando a marginalização interseccional⁶.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo expõe a reprodução de desigualdades coloniais no MS, onde raça, gênero e classe definem acesso a oportunidades, contrariando os princípios de equidade do SUS. A interseccionalidade (COLLINS, 2016) evidencia que mulheres negras e indígenas enfrentam barreiras ampliadas, exigindo políticas que transcendam abordagens isoladas. Recomenda-se:

1. Expansão de cotas para indígenas e quilombolas, seguindo o PL 1.958/2021;
2. Inclusão de marcadores de gênero nos sistemas de informação, permitindo análises mais precisas;
3. Formação antirracista para gestores, integrando a “consciência sanitária” às práticas institucionais;

Monitoramento contínuo das metas do Decreto 11.443/2023, com transparência em relatórios públicos. A efetividade do SUS depende não apenas do acesso a serviços, mas da participação decisória de grupos historicamente marginalizados, transformando estruturas de poder e garantindo que a “cor do cuidado” reflita a diversidade brasileira.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Étnico-Racial de Trabalhadores do Ministério da Saúde. v. 2. Brasília, DF: MS; 2025.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Diário Oficial da União. 2023.
- (3) Brasil. Decreto nº 11.443, de 21 de março de 2023. Diário Oficial da União. 2023.
- (4) Akotirene C. O que é interseccionalidade? Belo Horizonte: Letramento; 2019.
- (5) IBGE. Censo Demográfico 2022: população indígena. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
- (6) Collins PH. Pensamento feminista negro. São Paulo: Boitempo; 2019.

NOTIFICAÇÃO DO QUESITO RAÇA/COR E RACISMO INSTITUCIONAL

Tayla Gomes de Souza¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As políticas públicas, para se tornarem efetivas, precisam levar em conta o cotidiano das práticas, produtor de modos de subjetivação aos quais estão imbricados os marcadores sociais. O conhecimento da singularidade do serviço e do público que o acessa é apreendido através dos dados presentes nos prontuários. Dentre os desafios presentes no recolhimento de tais dados, este trabalho destaca a notificação do quesito raça/cor. Conforme demonstram Alves et al. [1], a categorização dos sistemas classificatórios raciais no Brasil tem implicações sociopolíticas e a inclusão da raça/cor nos sistemas de informação é uma conquista que desmascara o mito da democracia racial, ao passo que a autodeclaração possibilita um retorno à afrocentricidade em um processo de consciência de si. A forma como isso opera nos serviços está relacionada aos sentidos perpetrados pelas práticas profissionais, tendo em vista que os trabalhadores da saúde pública são agentes políticos, cuja atuação produz identidades, lugares sociais e formas de ser e existir no mundo [2]. Tenciona-se, assim, a discussão acerca da autodeclaração da raça/cor no enfrentamento ao racismo e à forma como ele se apresenta nas dinâmicas institucionais.

OBJETIVO

Analisar como é feita a notificação do quesito raça/cor e as suas implicações na oferta do cuidado; como esse dado e o seu respectivo registro desvelam o racismo institucional, que “pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista” [3,p.147]. Com isso, traçar possíveis caminhos para se discutir a temática racial e o enfrentamento ao racismo na saúde pública.

METODOLOGIA

O trabalho é fruto da inserção em um campo de estágio na Saúde Mental, em um Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III) da Zona Norte do Rio de Janeiro. Com os objetivos postos, o acolhimento inicial dos usuários constitui-se como um intercessor, pois é o momento no qual se realiza o preenchimento da ficha de cadastro, onde consta o quesito raça/cor. Através da observação-participante e do registro em diário de campo, elegeu-se como método o relato de experiência. Conforme exemplifica Mussi et al. [4], tal método contribui na produção de conhecimento científico, uma vez que, aproximando-se dos estudos descritivos, valoriza a experiência vivida “por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico” (p.64).

RESULTADOS

Destacou-se o incômodo diante do preenchimento do quesito raça/cor, feito logo na portaria, em um ambiente que expõe os usuários devido à circulação de outros usuários e trabalhadores. Por isso, tais dados são, com frequência, retomados no atendimento propriamente dito, apresentando-se, não raro, como fonte de desconforto mais uma vez. Esse incômodo, que não é alcançado e fica na ordem do não-dito, repercute no acolhimento dos usuários e no vínculo junto a eles, acontecendo de, em um dos casos acompanhados ao longo do estágio, o usuário abandonar o tratamento. Nesse caso, a hipótese da dimensão racial surge e faz ecoar os efeitos do racismo institucional.

Houve episódios nos quais a pergunta não foi devolvida ao usuário, mas presumida a resposta pelo profissional, seja na portaria ou no atendimento. Inscrevendo, com esse comportamento, antigas práticas no campo da saúde mental em intersecção com os marcadores sociais de raça, na medida em que o sujeito é tolhido da possibilidade de se autodeclarar. Todavia, quando a pergunta era devolvida ao usuário, acompanhada de uma explicação simples, direta e clara, mesmo em casos de alta desorganização psíquica, foi possível que se alcançasse a fala e, através disso, o sujeito pôde se autodeclarar, em um processo de consciência de si [1].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A raça/cor porta uma recomposição humana existencial, pois o sujeito pode olhar para as suas origens, culturas e tradições [1]. Nesse sentido, a autodeclaração é um processo emancipatório que possibilita novos arranjos existenciais para aqueles cuja humanidade foi sistematicamente negada. Tal negação tem bases coloniais e se perpetua com a colonialidade enquanto uma estrutura operante de poder. Essa estrutura faz, segundo demonstram Alves et al [1], os sujeitos se questionarem acerca de quem são: “Quem sou eu, na verdade?” Resposta antecipada pelo estatuto de humanidade regido pelo colonizador. Cabe, portanto, perscrutar as contradições produzidas no seio da colonialidade e a forma como, atualmente, elas são capturadas e utilizadas em favor do poder. Nesse caso, da manutenção de um cuidado colonial, que nega a humanidade da população preta e, com isso, a cidadania, que, por sua vez, compreende o direito inalienável à saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Alves MC; Jesus J; Dias LA. Autodeclaração da raça/cor no SUS? reflexões conceituais a partir da campanha realizada pelo estado do Rio Grande do Sul. *Identidade!*. 2017;22:05-15. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/view/3025>.
- [2] Figueiredo G. Avaliação de Políticas Públicas:Desafios e Potencialidades para a Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2022;42:1-13.
- [3] Kalckmann S; Santos C; Batista L; Cruz V. Racismo Institucional:um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc*. 2007;16:146-155.
- [4] Mussi R; Flores F; Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práx.Educ*. 2021;17. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/%20praxis/article/view/9010>.

NOVAS EVIDÊNCIAS DE BAIXO PESO AO NASCER (BPN) E FATORES ASSOCIADOS NO BRASIL: UM ESTUDO NÍVEL INDIVIDUAL TRANSVERSAL RETROSPECTIVO

Yency Astrid García Cruz¹
Gabriel De Sampaio Morais

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O peso ao nascer é um indicador de saúde da população, ele pode refletir as condições socioeconômicas, ambientais e de saúde materno durante a gestação (1). Os bebês com BPN têm maior risco de mortalidade, de desnutrição, de deficiências físicas, de desenvolver doenças como diabetes ou cardiovasculares, assim como problemas no desenvolvimento ao longo da vida (2,3).

No Brasil, da mesma maneira em que toda a região do Cone Sul da América do Sul, se tem evidenciado, na última década, um aumento na taxa de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (BPN), passando de uma taxa do 6,9% em 2012 para um 7,6% em 2022 na região Sul Americana, contudo o Brasil apresenta o aumento mais pronunciado—passando de uma “estabilidade” de ao redor de 8,5% na série histórica a 9,5% nos anos mais recentes, com taxas bastantes por cima da média do resto da região o que representa maior preocupação sobre a problemática de saúde neonatal (4).

OBJETIVO

Avaliar a razão de prevalência dos fatores socioeconômicos maternos e neonatais associados a recém-nascidos nascidos com BPN no Brasil em 2023.

METODOLOGIA

Neste estudo de corte transversal examinou-se 2.354.018 declarações de nascidos vivos durante o ano de 2023 no Brasil, utilizando o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com dados não identificados (5). Foram considerados BPN aqueles nascidos com menos de 2,5 kg, segundo a Organização Mundial da Saúde (6). Para estimar a Razão de Prevalência (RP) de BPN empregou-se o modelo de regressão de Poisson Linear Generalizada Bruta e Ajustada com variância robusta, ajustando-se para fatores relevantes para a mãe e o recém-nascido.

RESULTADOS

Em nosso estudo, as mães de faixa etária entre 20 e 34 anos representaram 70% da amostra. O BPN foi identificado em 220.693 (9,38%) recém-nascidos no ano de 2023, dos quais 51,21% eram do sexo masculino e 48,79% do sexo feminino. Representando uma taxa de bebês com baixo

1 Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política; Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Email: yencygarcia2001@gmail.com

peso maior quando comparada a países vizinhos como Paraguai (7,4%) e Uruguai (8,4%) segundo dados da Organização Panamericana da Saúde para esse mesmo ano (4). Os resultados da investigação apontaram uma razão de prevalência elevada para o BPN em recém-nascidos de mães que não tiveram atendimento pré-natal (RP: 1,861; IC95%: 1,792-1,933), de mães que perderam mais de 4 bebês antes da gestação atual (RP: 1,287; IC95%: 1,233-1,344), com mães sem escolaridade (RP: 1,216; IC95%: 1,136-1,300) ou com baixa escolaridade, entre os bebês que nasceram no domicílio (RP: 1,155; IC95%: 1,079-1,236), aqueles com progenitoras pretas (RP: 1,122; IC95%: 1,108-1,137), e entre aqueles com mães solteiras (RP: 1,078; IC95%: 1,069-1,087).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Nossos resultados indicaram que as mães com dificuldade para ter acesso a serviços de educação e saúde estão mais expostas a terem filhos com BPN e por sua parte os bebês contam com maior riscos de desenvolverem certos problemas de saúde, ficando em evidência as repercussões negativas na saúde dos neonatos e na vida de suas mães como resultados da falta de acesso aos serviços públicos por parte dos grupos sociais mais vulneráveis refletindo a grande desigualdade de grupos sociais em ter acesso a serviços básicos no país. Problemática que continua sendo um grande desafio para o sistema de saúde pública no Brasil, gerando diversos desfechos adversos tanto no curto quanto longo prazo.

REFERÊNCIAS

- (1) Saunders C, Accioly E, Lacerda EMA. Saúde do Grupo Materno Infantil. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA, organizadores. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, Guanabara Koogan; 2009. p. 3-24.
- (2) Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota Técnica 2019: Prematuridade. Novembro 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf
- (3) Organização Pan-Americana da Saúde. Um em cada sete bebês em todo o mundo nascem com baixo peso. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-5-2019-um-em-cada-sete-bebes-em-todo-mundo-nascem-com-baixo-peso>.
- (4) Pan American Health Organization. Open Data. 2021. Core Indicators Dashboard. Disponível em: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>
- (5) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc–Nascidos Vivos. 2023. Disponível em: https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc/resource/72a97e9d-e525-4f26-9ecd-b5eff6cd1796?inner_span=True.
- (6) World Health Organization. Low birth weight. Disponível em: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight>.

NUTRINDO INFÂNCIAS: SABORES, DIREITOS E CAMINHOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Roberta Valentina dos Reis Peña¹

Giulia Albino Coelho

Giovanna Sposito Silva

Nayara Merencio da Silva

Nathalia Durazzo Garcia

Rebecca Mayte Huidobro Soane

Emilly Nery Ramalho de Abreu

Lívia Januzzi Costa

Zenor dos Santos Martins Junior

Felipe Daiko Fraga

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A alimentação é mais que uma necessidade biológica; é também um ato social e cultural, repleto de significados simbólicos e afetivos. Desde a infância, comer estrutura vínculos familiares, transmite saberes e molda hábitos que influenciam a saúde ao longo da vida(1). No entanto, apesar de ser um direito garantido pela Convenção sobre os Direitos da Criança, milhões ainda enfrentam barreiras para uma alimentação adequada.

Segundo a OMS, menos de um quarto dos lactentes recebe uma dieta diversificada suficiente para um crescimento saudável, refletindo desigualdades profundas, que também se manifestam no Brasil(2). Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) mostram que, no município de Mauá, na Região Metropolitana de São Paulo, 8,35% das 3.484 crianças de 0 a 5 anos apresentam magreza acentuada ou moderada(3).

Diante desse cenário, este estudo analisou a nutrição infantil em crianças da ONG Vida Mauá, utilizando dados antropométricos e questionários alimentares. Além disso, foram promovidas ações de educação nutricional para pais e responsáveis, visando fortalecer hábitos alimentares saudáveis e compreender os desafios impostos por fatores socioeconômicos e estruturais que influenciam a segurança alimentar na infância.

OBJETIVO

Realizar Educação em Saúde com pais e responsáveis de crianças de 0 à 05 anos da ONG Vida Mauá sobre alimentação saudável e nutrição infantil, por meio da avaliação e acompanhamento de dados antropométricos periódicos para monitorar e analisar potenciais mudanças acerca do valor

1 Faculdade de Medicina da Universidade Nove de Julho. E-mail: robertareis@uni9.edu.br

nutricional dos alimentos básicos, inserindo-os em sua realidade econômica, sociocultural e afetiva, reconhecendo a alimentação como direito social e prática cultural.

METODOLOGIA

Para elaboração deste estudo, foram utilizados dados e informações fornecidos pela ONG Vida Mauá, a qual acolhe e beneficia 17 crianças de 0 a 5 anos. Durante a visita à instituição, foi aplicado um questionário baseado na “Ficha de Marcadores Alimentares do SISVAN” para avaliar a alimentação das crianças, considerando o contexto socioeconômico da cidade de Mauá.

Além do questionário, foram coletados dados antropométricos das crianças para análise das curvas de crescimento e avaliação do estado nutricional. Com base nos resultados, foram elaborados métodos informativos sobre alimentação adequada e nutritiva, por meio de ações estratégicas de promoção da saúde, incluindo oficinas e palestras sobre educação alimentar. Foram abordados temas como a ingestão adequada de líquidos, a introdução de frutas, verduras e legumes nas refeições, a importância de horários adequados para as refeições, além de orientações sobre alimentos saudáveis e nutritivos acessíveis em um supermercado local e benefícios do Bolsa Família.

Após 3 meses, ocorreu retorno à ONG para reavaliar os dados antropométricos e verificar se as informações impactaram positivamente na saúde das crianças.

RESULTADOS

A primeira coleta de dados antropométricos, realizada com doze crianças de zero a cinco anos, apontou que metade apresentava estado nutricional adequado (eutrofia). Entretanto, a outra metade demonstrava variações, com três crianças classificadas em risco de sobrepeso, uma com sobrepeso e duas com obesidade.

Três meses após implementação das ações educativas, uma nova avaliação foi realizada, abrangendo todas as dezessete crianças atendidas pela ONG. Houve um aumento no número de crianças eutróficas, que passaram a representar pouco mais da metade da população analisada. No entanto, o risco de sobrepeso permaneceu presente em três casos, e uma criança manteve o sobrepeso. A obesidade continuou sendo uma preocupação, com dois casos persistindo, enquanto surgiram duas novas ocorrências de magreza, evidenciando um possível impacto da insegurança alimentar.

O questionário do SISVAN mostrou alto consumo de feijão, mas baixo de frutas e verduras. As perguntas que tiveram maior relevância em relação a quantidade de respostas afirmativas (sim), podemos destacar: “Ontem, a criança comeu comida de sal (panela, papa ou sopa)?” com 12 respostas afirmativas; “Ontem a criança consumiu feijão?” com 10 respostas afirmativas; “Ontem a criança consumiu bebidas adoçadas?” com 11 respostas afirmativas. Pode-se também destacar as perguntas “Quantas crianças no dia anterior consumiram carboidrato?” com 9 respostas positivas, “Quantas crianças no dia anterior consumiram frutas inteiras, amassadas ou em pedaços?” com 8 respostas

afirmativas e “Quantas crianças consumiram, no dia anterior, carne ou ovo?”, apresentando 10 respostas afirmativas”.

Por fim, identificamos que 100% das crianças de 0 a 5 anos que são acompanhadas pela ONG Vida Mauá fazem pelo menos duas refeições por dia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar da ampliação da eutrofia infantil após ações de educação alimentar, persistem desafios como a manutenção de quadros de obesidade e o surgimento de casos de magreza. Além disso, hábitos alimentares observados reforçam a necessidade de políticas públicas efetivas para garantir direito à alimentação saudável desde os primeiros anos de vida.

A experiência demonstrou que a educação alimentar é fundamental para transformar a relação das crianças e suas famílias com a comida e também evidenciou que a mudança de hábitos alimentares não pode ser dissociada de um contexto mais amplo de acesso a alimentos saudáveis e condição socioeconômica das famílias. A fome e a má alimentação não são escolhas individuais, mas reflexo de um sistema desigual, que concentra riquezas e limita oportunidades.

Portanto, o estudo reforça a necessidade de estratégias integradas que articulem educação nutricional, assistência social e políticas públicas voltadas para segurança alimentar e nutricional.

REFERÊNCIAS

- (1) Wefoort VRS *et al.* Alimentação saudável na infância e adolescência. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/ARTIGO_ALIMENTACAO_SAUDAVEL_NA_INFANCIA_E_ADOLES-nuto-AM.pdf
- (2) Organização Mundial da Saúde. Nutrição infantil. Disponível em: <https://www.who.int/pt/health-topics/nutrition>.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional–SISVAN: relatório público. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>

O ACESSO À SAÚDE DE PESSOAS NEGRAS NO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA I DO CURSO DE MEDICINA DA UNEB

Ana Victoria Santos dos Reis¹

Adriana Silva Raiol

Daniely Alves de Oliveira

Hanna dos Anjos Gomes

Marcos Vinícius Lobo Milhor

Magno Mercês Weyll Pimentel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O racismo estrutural é um determinante social da saúde que impacta significativamente a população negra no Brasil, influenciando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. A disciplina de Saúde Coletiva, ao abordar essa temática, permite a reflexão crítica sobre desigualdades raciais e seus efeitos nos indicadores de morbimortalidade da população negra(1,2).

No Brasil, dados epidemiológicos evidenciam que pessoas negras apresentam piores condições de saúde, maior taxa de mortalidade materna, maior prevalência de doenças crônicas e menor acesso a serviços especializados(2,3).

Essa realidade é resultado de processos históricos de exclusão, que ainda se refletem nas políticas públicas e nas práticas institucionais. A vivência na disciplina de Saúde Coletiva proporcionou um espaço de debate e aprendizado, destacando a necessidade de uma abordagem antirracista na formação profissional e na atuação em saúde(2,4).

Este relato de experiência descreve as reflexões e atividades realizadas no âmbito da disciplina, evidenciando como o racismo afeta a saúde e propondo estratégias para o enfrentamento dessa questão.

OBJETIVO

O presente relato tem como objetivo compartilhar as experiências vivenciadas na disciplina de Saúde Coletiva I do curso bacharelado de Medicina da Universidade do Estado da Bahia, no que tange à relação entre racismo e saúde, promovendo uma reflexão crítica sobre a importância da equidade racial no SUS.

Além disso, busca evidenciar estratégias e práticas para minimizar os impactos do racismo estrutural no cuidado à saúde da população negra.

METODOLOGIA

Durante a disciplina de Saúde Coletiva I, diversas atividades foram conduzidas com o propósito de aprofundar a compreensão acerca da interseção entre racismo e saúde. Esse componente curricular integra a matriz do curso de Bacharelado em Medicina da UNEB, totalizando 75 horas de carga horária, distribuídas em 60 horas práticas e 15 teóricas.

Inicialmente, foram examinados documentos oficiais, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que evidencia a necessidade de políticas afirmativas para mitigar as desigualdades raciais no âmbito da saúde¹. Ademais, debates com especialistas trouxeram relatos sobre os entraves enfrentados pela população negra no acesso aos serviços de saúde, incluindo discriminação institucional, negligência no atendimento e subdiagnóstico de enfermidades^(2,4).

As discussões em sala de aula também abordaram o conceito de racismo institucional, compreendido como a perpetuação de práticas excludentes dentro das estruturas de assistência à saúde. Um exemplo significativo é a subnotificação da anemia falciforme, uma patologia geneticamente prevalente na população negra, cujo diagnóstico e tratamento ainda são frequentemente negligenciados^(2,4).

A disciplina permitiu refletir sobre como a formação acadêmica pode reproduzir vieses racistas, ressaltando a imprescindibilidade da inclusão de conteúdos sobre equidade racial nos currículos dos cursos da área da saúde. Outra atividade relevante foi a análise de estudos epidemiológicos que evidenciam disparidades raciais em diversos indicadores de saúde⁽²⁻⁴⁾.

Estatísticas apontam que mulheres negras apresentam um risco elevado de mortalidade materna em decorrência da precariedade no atendimento pré-natal, além de estarem mais expostas a condições socioeconômicas adversas. Essas informações reforçaram a urgência da adoção de práticas mais inclusivas e humanizadas na assistência⁽¹⁻³⁾.

A disciplina também viabilizou a realização de atividades práticas na Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI), permitindo que as reflexões desenvolvidas em sala fossem compartilhadas com um grupo de idosos. Semanalmente, eram debatidos temas escolhidos pelos próprios participantes, e observou-se a necessidade de discutir assuntos abrangentes, como a saúde da população negra no Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos diálogos mais relevantes tratou dos direitos da população idosa, destacando os desafios enfrentados, especialmente por pessoas negras em idade avançada, que se tornam ainda mais vulneráveis diante das desigualdades estruturais.

Além disso, a participação em seminários e rodas de conversa com lideranças do movimento negro trouxe à tona perspectivas históricas e sociais sobre o racismo e seus impactos na saúde. Foi possível identificar estratégias de enfrentamento, tais como a capacitação contínua dos profissionais da área, a valorização da medicina tradicional africana e afro-brasileira e a ampliação do acesso à informação sobre os direitos da população negra no SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência na disciplina de Saúde Coletiva reforçou a importância do debate sobre racismo e saúde na formação de profissionais da área. O racismo estrutural impacta diretamente os indicadores de saúde da população negra, tornando essencial a implementação de políticas públicas que garantam equidade no atendimento.

A vivência proporcionou reflexões sobre como a academia e os serviços de saúde podem atuar de forma mais efetiva no combate às desigualdades raciais, seja por meio da inclusão do tema nos currículos acadêmicos, da capacitação de profissionais ou da ampliação de políticas afirmativas.

Dessa forma, a disciplina cumpriu um papel fundamental ao sensibilizar os alunos sobre essa problemática, incentivando uma postura crítica e ativa na construção de um sistema de saúde mais justo e acessível. A luta contra o racismo em saúde exige um compromisso coletivo e contínuo, envolvendo instituições de ensino, profissionais e gestores do SUS.

Referências

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- [2] Lima A et al. Racismo e Saúde: uma questão para a saúde coletiva. *Revista de Saúde Pública*. 2021;55:1-9.
- [3] Paim JS. Equidade e reforma do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(4):26-37.
- [4] Santos BS. O racismo institucional no Brasil: desafios e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(3):e00077519, 2020.

O ACESSO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MÉDICO NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024: EXISTE EQUIDADE?

Maria Luisa dos Anjos Correa do Espirito Santo¹

Pedro Henrique Sales Barbosa

Bárbara Sarni Sanches

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regido por três princípios doutrinários, Universalidade, Equidade e Integralidade (1). É dever do Estado garantir a oferta de serviços de saúde à toda população brasileira de forma equitária (1). Além disso, de acordo com o Observatório Nacional dos Direitos Humanos (2), em 2024 o Brasil possuiu uma população privada de liberdade (PPL) com cerca de 850 mil pessoas, sendo considerado o terceiro país com a maior população carcerária.

Nesse sentido, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) (3) com o objetivo de garantir que pessoas encarceradas tenham acesso a um padrão de cuidados de saúde equivalente, em qualidade, ao que é oferecido ao restante da sociedade. Para promover o atendimento de atenção primária, foram criadas as Equipes de Atenção Básica Prisional (eBAPs), as quais tem composição variada mas que devem oferecer uma estrutura mínima de profissionais de saúde contendo pelo menos: um Cirurgião-dentista, um Enfermeiro, um Médico, um Técnico de enfermagem e um Técnico de higiene bucal (3).

Haja vista que a adesão à PNAISP (3) é facultativa, dos 913 municípios com unidades prisionais, somente 411 haviam aderido de forma voluntária até o ano de 2023 (2). Assim, há o questionamento: essa população possui verdadeiramente o direito de acesso a saúde de forma equitária?

OBJETIVO

Esse trabalho tem como objetivos analisar a cobertura da oferta de cuidados não especializados em saúde à População Privada de Liberdade no Brasil até o ano de 2024 e compreender se o direito social de acesso a saúde básica desses cidadãos está sendo ofertado corretamente pelo Estado brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de série temporal sobre o acesso de pessoas privadas de liberdade a serviços médicos de saúde no Brasil entre os anos de 2020 e 2024. Dados de cada uma das unidades federativas do país no 1º semestre dos anos de 2020 a 2024 foram retirados de bases de dados de acesso público, sendo considerada a média simples dos valores de cada mês para os respectivos anos. Dados sobre

a quantidade de equipes de saúde prisional foram retirados do sistema DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/>). Além disso, foram retirados do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN) (<https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>) dados a respeito da quantidade total de pessoas privadas de liberdade em celas físicas, número de unidades prisionais, número de unidades prisionais com serviços de saúde e números de consultas médicas. A análise estatística da série temporal foi realizada por meio da regressão de Prais-Winsten.

RESULTADOS

Ao todo existem 1387 estabelecimentos prisionais no país. Totalizam-se 1145 (82,55%) estabelecimentos com espaços mínimos de atendimento em saúde. Assim, cerca de 242 unidades prisionais não possuem estrutura física para atendimentos médicos à sua população carcerária dentro de suas unidades penitenciárias.

Em 2020, haviam 418 Equipes de Atenção Básica Prisional (eBAPs) cadastradas, gerando uma proporção de 1692 usuários por equipe de saúde. Em 2024, foram cadastradas 1092 eBAPs, com uma proporção de 611 usuários por equipe. Esse avanço representa uma taxa de crescimento anual de cerca de 21,17%. Entretanto, essas equipes são distribuídas de forma heterogênea pelas macrorregiões e unidades federativas brasileiras. No ano de 2024, a região Norte possuía a menor quantidade de eBAPs do país, totalizando 94 equipes cadastradas, sendo 478 usuários por equipe, em comparação a região sudeste a qual possuía 407 equipes, o que gera 830 usuários por equipe.

Como exemplo da má distribuição nas Unidades Federativas, no Rio Grande do Sul, em 2024, houve uma proporção de cerca de 458 usuários por equipe, porém somente 61 prisionais com estabelecimentos de saúde (58,65%). Por outro lado, em São Paulo, no mesmo ano, existiam 179 (98,35%) unidade prisionais com estabelecimentos de saúde, numa proporção de 1591 usuários por equipe.

De acordo com a autodeclaração racial de pessoas encarceradas no ano de 2024: 429.920 se declararam pretas ou pardas, 8.106 se declararam amarelas, 1581 indígenas, 191.527 se declararam brancas e 27.703 não informaram. Totalizando 658.837 declarações. Logo, cerca de 70% dessas pessoas se classificaram como pessoa não brancas, evidenciando que a falta de acesso dessa população a saúde também se relaciona com o seu recorte racial.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Percebe-se que há um desbalanço entre a oferta de serviços de saúde entre as macrorregiões e unidades federativas brasileiras. Algumas unidades federativas como São Paulo possuem alta cobertura de equipes de saúde, porém grande quantidade de usuários por equipe. Por outro lado, o Rio Grande do Sul apresenta pequena quantidade de usuários por equipe, mas cobertura de equipe insuficiente em suas unidades prisionais. Para além disso, é necessário realizar o recorte racial da população prisional, haja vista que raça cor é um determinante de saúde extremamente significativo em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- (1) 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. 1990 set 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- (2) Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Observatório Nacional dos Direitos Humanos: Pessoas Privadas de Liberdade. Brasília, DF: MDHC. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/54febd2948d54d68a1a462581f89d920/page/Pessoas-Privadas-de-Liberdade>
- (3) Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília, DF: CNMP; 2023. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2023/pnaisp.pdf>

O ACOLHIMENTO COMO PRÁTICA CLÍNICA NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UERJ: IMPACTOS NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO SOCIAL

Juliane Tostes Mendes Moreira¹

Samira Meletti da Silva Goulart

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação em psicologia requer um exercício da escuta clínica e da postura profissional a partir de experiências concretas e situadas que permitam o contato direto com o outro [1]. Nesse sentido, o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) configura-se como um espaço privilegiado de formação, onde a articulação entre teoria e prática promove o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais fundamentais à atuação profissional [2]. O acolhimento, enquanto modalidade clínica, fundamenta-se em uma abordagem humanizada e comprometida com a escuta atenta, a orientação cuidadosa e o encaminhamento responsável [3], configurando-se como uma iniciativa estratégica no fortalecimento das ações de cuidado psicológico no âmbito universitário e comunitário. Funcionando como uma porta de entrada do serviço-escola, ele acolhe as queixas e demandas de atendimento da comunidade interna e externa à universidade, além de oportunizar um primeiro contato do estagiário com o sofrimento e os contextos sociais e culturais da população.

OBJETIVO

Considerando o duplo compromisso — formativo e social —, a atividade do acolhimento no SPA da UERJ tem como objetivo identificar e acolher as demandas emergentes de saúde mental da comunidade que busca o serviço-escola; além de acompanhar os estudantes de graduação nos processos de acolhimento, registro e encaminhamento, assumindo um papel fundamental na formação deste futuro profissional. A cada semestre é aberto um cadastro de interesse ao público, através de um formulário do google forms. A partir disso é realizado um levantamento de vagas nas equipes de estágio e então ocorre a distribuição de pessoas para atendimento presencial. Na modalidade do acolhimento são realizados de um até cinco encontros, podendo haver o encerramento do atendimento ou um encaminhamento para acompanhamento psicológico, no próprio SPA ou em instituição externa. Durante os acolhimentos há identificação das queixas e sofrimentos, e algumas intervenções são possíveis no sentido de trabalho terapêutico. Com isso, o projeto não apenas organiza a entrada dos usuários que são atendidos no espaço do SPA, contribuindo para melhor planejar seus processos de trabalho diários, como ainda oferece uma escuta atenta e cuidadosa às pessoas que buscam pelo serviço, diminuindo o tempo de espera para atendimento psicológico, melhorando o vínculo e comprometimento com o

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: tostesjuliane26@gmail.com

serviço e trabalhando algumas questões no próprio acolhimento, o que ajuda a filtrar as demandas pelo acompanhamento contínuo.

RESULTADOS

Como resultado, constata-se a expressiva relevância social do projeto, que se insere de maneira estratégica na articulação entre os pilares do ensino superior: ensino, pesquisa e extensão. A iniciativa promove uma formação acadêmica que ultrapassa a dimensão teórica e técnica, ao permitir o contato direto do aluno com o sofrimento da população, aproximando-o dos contextos de vulnerabilidade social, diante os quais é convocado a exercitar a escuta qualificada, o olhar ético e o compromisso com o cuidado em saúde mental. Trata-se de uma experiência formativa que favorece o desenvolvimento de competências críticas e sensíveis às múltiplas expressões do sofrimento psíquico e social, muitas vezes negligenciadas pelas estruturas tradicionais de atendimento. Ao oferecer escuta à comunidade, o projeto atua diretamente na ampliação e na democratização do cuidado em saúde mental, contribuindo para a construção de uma rede de apoio mais acessível, inclusiva e integral. Nesse sentido, as ações extensionistas realizadas revelam não apenas o impacto imediato na vida dos sujeitos atendidos, mas também na formação de profissionais comprometidos com uma ética do cuidado e com a produção de uma ciência socialmente referenciada.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, ao integrar atividades de ensino e extensão, o projeto do acolhimento não apenas responde às demandas emergentes de saúde mental da comunidade, mas também oferece aos estudantes de graduação uma oportunidade singular de formação prática, comprometida com os princípios éticos e políticos da Psicologia. O contato direto com a escuta clínica, possibilita a construção de saberes que vão além da técnica, promovendo o desenvolvimento de uma postura profissional sensível, crítica e socialmente implicada. Assim, o projeto reafirma a potência da extensão universitária como prática transformadora, produzindo impactos significativos tanto na trajetória formativa dos futuros psicólogos quanto na qualidade de vida das pessoas atendidas, fortalecendo, com isso, o papel social da universidade pública.

REFERÊNCIAS

- [1] Fam BM, Ferreira Neto, JL. Análise das Práticas de uma Clínica-Escola de Psicologia: Potências e Desafios Contemporâneos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019;39:1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003178561>.
- [2] Maturano EM, Silveiras EFM, Oliveira MS. Serviços-Escola de Psicologia: Seu Lugar no Circuito de Permuta do Conhecimento. *Temas em Psicologia*. 2014;22(2):457-470. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2014.2-15>.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

O ATENCIÔMETRO COMO FERRAMENTA ACESSÍVEL E DE BAIXO CUSTO NA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

Cleide Maria de Oliveira Scarpelli¹

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Clésia Maria de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A prevenção da violência na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia essencial para a promoção da saúde e redução dos impactos negativos na vida das mulheres. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel fundamental nesse contexto, pois atuam diretamente no território. No entanto, há um baixo investimento na capacitação desses profissionais para lidar com a violência de gênero.

Este relato, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (Departamento de Medicina Preventiva da UFMG), originou-se da necessidade de aprimorar a formação dos ACS em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Contagem, Minas Gerais. Durante a capacitação, além da organização de uma coletânea que reuniu textos sobre a temática da violência com base no conhecimento prático e teórico dos ACS e de outros profissionais de saúde, foi criado o Atenciômetro, um instrumento simbólico de baixo custo que auxilia na identificação, registro e monitoramento dos casos de violência contra as mulheres. Trata-se de um instrumento simbólico que tem sua derivação na palavra ATENÇÃO, com a premissa de aumentar a atenção do profissional de saúde e sinalizar os riscos de agravos à saúde mental das mulheres, entendendo que pode evoluir para as piores formas de violência, inclusive a morte, e tem como base o Artigo 7º da Lei 11.340/2006–Lei Maria da Penha (1).

OBJETIVO

Geral: compreender as dificuldades enfrentadas pelos ACS para atuarem na promoção da saúde e prevenção da violência contra mulheres.

Específicos: (1) levantar as principais dificuldades apontadas pelos ACS; (2) demonstrar como instrumentos acessíveis podem fortalecer a atuação da Rede de Enfrentamento à Violência de Gênero; e (3) discutir as possibilidades de financiamento da capacitação desses profissionais para identificar, acolher e encaminhar adequadamente casos de violência.

METODOLOGIA

Trata-se de parte de um projeto de intervenção, baseado na elaboração, aplicação, validação e avaliação de um curso de capacitação para ACS de três equipes em duas UBS de Contagem, Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de questionários semiestruturados. Durante a capacitação, foi desenvolvido também o Atenciômetro, um instrumento simbólico e interativo que permite aos ACS reconhecer e monitorar os cinco tipos de violência previstos no Artigo 7º da Lei Maria da Penha (1): física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

O Atenciômetro foi inicialmente concebido com fichas coloridas representando cada tipo de violência e, posteriormente, evoluiu para um formato circular que enfatiza a progressão da violência até o feminicídio. O objetivo do instrumento é sensibilizar os ACS sobre a gravidade da violência de gênero e reforçar a importância da promoção da saúde e da prevenção da violência.

As possibilidades de fontes de financiamento para a capacitação dos ACS foram levantadas por meio bibliográfico e documental.

RESULTADOS

Os dados coletados revelaram que a maioria dos ACS nunca havia recebido capacitação sobre violência de gênero; e aqueles com mais de quatro anos na função participaram de, no máximo, um evento sobre o tema. Além disso, a naturalização da violência, a falta de investimento na capacitação e a falta de interesse dos gestores dificultam a atuação desses profissionais. Durante o curso, observou-se que muitas ACS já vivenciaram ou testemunharam situações de violência, mas não conseguiam identificá-las como um problema de saúde pública.

Quanto ao Atenciômetro, mostrou-se uma ferramenta eficaz para facilitar a compreensão da violência como um fenômeno progressivo, permitindo aos ACS identificar, monitorar e registrar casos de violência de maneira sistemática. A partir da alimentação das planilhas de monitoramento, a equipe da UBS pode discutir os casos e articular estratégias de enfrentamento.

Em relação às possibilidades de financiamento da capacitação dos ACS, diversas iniciativas e fontes podem apoiar a capacitação na promoção da saúde e prevenção da violência contra as mulheres: o Plano Plurianual 2023-2027 do governo brasileiro alocou R\$ 14,1 bilhões para políticas voltadas às mulheres, incluindo capacitações(2); programas como o Mulher Viver Sem Violência promovem Casas da Mulher Brasileira e Centros de Referência, que oferecem suporte para treinamentos; parcerias entre universidades e o SUS incentivam abordagens reflexivas e participativas, considerando a complexidade da violência de gênero. Além disso, organizações internacionais e ONGs fornecem subsídios e suporte técnico para projetos de formação voltados à saúde pública e direitos das mulheres (3). Essas fontes de apoio destacam o compromisso com estratégias de qualificação eficazes e abrangentes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A capacitação dos ACS é essencial para a identificação, manejo e encaminhamento adequado dos casos de violência contra as mulheres. No entanto, percebe-se que o baixo investimento em formação e a falta de sensibilização dos gestores para o tema dificultam a implementação de estratégias eficazes. O uso do Atenciômetro demonstrou ser uma solução viável e de baixo custo, que pode ser integrada às ações de promoção da saúde e prevenção da violência na APS, pela possibilidade de uso rápido e de fácil manejo.

Recomenda-se que os formuladores de políticas e os gestores de saúde explorem as fontes de financiamento disponíveis e estabeleçam parcerias sustentáveis para apoiar a capacitação dos ACS, por se tratar de um investimento estratégico e eficaz na promoção da saúde e prevenção da violência contra as mulheres, além de possibilitar a criação de um ambiente propício para a proteção das vítimas, o fortalecimento da Rede de Enfrentamento à Violência de Gênero e a construção de uma cultura de paz nos territórios.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei 11340/2006–Lei Maria da Penha. Brasília, DF: Presidência da República; 2006 [citado 2024 jul 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
- (2) Brasil. Ministério das Mulheres. Seminário debate orçamento e cumprimento de plano de metas para o enfrentamento à violência contra as mulheres. Notícias; 2025 mar [citado 2025 mar 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2025/marco/seminario-debate-orcamento-e-cumprimento-de-plano-de-metas-para-o-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
- (3) OliveiraJC de, Pires KA, EvangelistaJG, Santos AP dos, Bevilacqua PD. Processos formativos para o enfrentamento das violências contra as mulheres no setor saúde: uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2024;29(9):e14782023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.14782023>

O IMPACTO DA PRESSÃO ESTÉTICA PARA OS HOMENS

Eloísa Maria Quintão Gonçalves Veras Gomes¹

Viviane Manso Castello Branco

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Historicamente, a pressão estética tem sido direcionada prioritariamente às mulheres, refletindo construções sociais que associam o valor feminino à aparência física. No entanto, estudos sugerem mudanças neste cenário(1), com um crescimento na realização de procedimentos estéticos no gênero masculino, estimando-se um aumento de mais de 273%, entre 2007 e 2014.(2) Há um aumento da insatisfação corporal masculina, por conta do uso excessivo das redes sociais e comparações de aparência, por imagens idealizadas e editadas, impossíveis de serem alcançadas, o que pode levá-lo ao sofrimento.(3) Assim, há uma desvalorização do sujeito, o que acarreta em baixa autoestima, depressão, transtornos psicológicos, como dismorfia muscular e transtornos alimentares, resultando em frustração e sofrimento psíquico, podendo inclusive, levar o indivíduo à morte.(4) No Brasil, o incômodo maior é a massa muscular, sendo fator relevante para diagnóstico de transtornos e a inclinação para o uso de anabolizantes.(5) Além da aparência, os homens são contra ter comportamentos considerados femininos e, conseqüentemente, impõe uma pressão comportamental nas mulheres e em outros homens, com pensamentos de estilos de vida inalcançáveis e mente conservadora. Embora o público masculino tenha aumentado no mercado de produtos e serviços de beleza, há pouca atenção aos estudos de comportamento dos homens.(6)

OBJETIVO

Apresentar os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo identificar percepções sobre o impacto da pressão estética em homens, buscando levantar conhecimentos, atitudes e práticas com relação a procedimentos estéticos e uso de anabolizantes.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de corte transversal, por meio da aplicação de um formulário online (plataforma Google Formulários), com questões objetivas e subjetivas, em homens adolescentes e adultos, da rede de conhecidos da equipe de pesquisa. O recrutamento dos entrevistados foi feito por uso de links pela internet, compartilhados por e-mail, Whatsapp e Instagram. O questionário foi respondido por voluntários após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa).

1 Fundação Técnico Educacional Souza Marques. E-mail: eloisaqgvg@gmail.com

RESULTADOS

Participaram 123 homens. Apesar de a maioria dos homens afirmarem que estão razoavelmente satisfeitos com sua aparência, 74% revelaram que possuem inseguranças. Os aspectos que mais os incomodam são a massa muscular, o peso, a acne, e a altura. 22,8% já realizaram procedimentos estéticos. Para cuidar do corpo, a maioria refere ir à academia, 78%, e fazer uma alimentação saudável, 62%. O grupo estudado entende que os aspectos que a sociedade mais exige do homem são atitude, força e aparência musculosa. Possivelmente em função dessa cobrança, aproximadamente 10% já fizeram ou pretendem fazer uso de anabolizantes, um dado alarmante. Ao serem questionados sobre as atitudes que os homens tomam para cuidar de seu corpo foi revelado que a maioria, 78,6% vão para a academia, o que é positivo de forma regulada para a saúde psicológica e física. Também evidencia essa grande preocupação dos homens com o formato de seu corpo, interligado provavelmente com o padrão estético de que o homem deve ser musculoso. Além da academia, 63,5% dos homens praticam uma alimentação saudável, 41,3% dizem cuidar do cabelo e 39,7% afirmaram cuidar da pele. Isso implica como a questão estética influencia nos hábitos da rotina, com grande parte dos participantes tomarem providências que influenciam na estética e na saúde. Ademais, sobre influência na compra de suplementos e produtos de beleza a maioria, 53,2% afirmaram que já foram influenciados. 27,8% influenciados pelos médicos, 23,8% influenciados pelo Instagram, 19% pelo TikTok, 15,9% por parcerias e divulgações de influencers e 0,8% pelos dados técnicos do produto. Conclui-se que a rede social é o principal local de incentivo a compras que interferem na estética.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os homens revelaram ser afetados fisicamente e psicologicamente pela pressão estética. No entanto, na maior parte das vezes, não refletem sobre estas questões, escondem seus sentimentos e assumem comportamentos de risco como o uso de anabolizantes. A literatura aponta que, embora o público masculino tenha aumentado sua participação no mercado de cirurgias plásticas, produtos e serviços de beleza, há poucos estudos sobre este comportamento dos homens. É fundamental dar maior visibilidade a este tema e criar possibilidades para que os homens possam debater suas preocupações e cuidar da estética de forma saudável. Por mais que se deseje estar satisfeito com a própria imagem, os caminhos para atingir este objetivo devem ser seguros. Para isso, torna-se necessário ampliar o debate sobre o assunto, de forma a preservar a saúde mental e física dos homens, contribuindo para promover uma visão mais crítica das mídias que veiculam imagens idealizadas.

REFERÊNCIAS

- (1) Lem M, Pham JT, Kim JK, Tang CJ. Changing Aesthetic Surgery Interest in Men: An 18-Year Analysis. *Aesthetic Plast Surg*.
- (2) Faria GEDL, Bento AM, Santos DBD, Tartare A, Boggio RF. Embelezamento facial com injetáveis e principais diferenças entre os gêneros.

- (3) Souza G, Freitas TG Biagi CR. A relação das mídias sociais na construção da autoimagem na contemporaneidade. Akropolis Rev Ciênc Humanas UNIPAR, 2018;25.
- (4) Machado MS, Linhares IC, Brum LS, Almeida MS, Werneck MB. O impacto emocional imposto pela ditadura da beleza: uma revisão narrativa.
- (5) Sardinha A, Oliveira AJ, Araújo CGS. Dismorfia muscular: análise comparativa entre um critério antropométrico e um instrumento psicológico. Rev Bras Med Esporte.
- (6) Fontes OA, Borelli FC, Casotti LM. Como ser homem e ser belo? Um estudo exploratório sobre a relação entre masculinidade e o consumo de beleza.

O IMPACTO DA VIOLÊNCIA TERRITORIAL NA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Giovanna Maria Giovenco von Adamovich¹

Ana Clara de Lucena Cals de Oliveira

Gabriel Riedel Lemos

Pedro Triani Rodriguez

Rosimere de Jesus Teixeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada aos serviços de saúde para toda população, em especial os mais vulneráveis. [1] A APS foi implantada respeitando a territorialização, com destaque para o funcionamento em áreas de maior vulnerabilidade social. Nesse contexto, o Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella (CMS MAE) é uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no bairro de Vila Isabel, na cidade do Rio de Janeiro, e é responsável por uma população de cerca de 31.000 pessoas distribuídas em áreas classificadas como “de asfalto” e em grande parte do Morro dos Macacos, território que vem sendo palco de episódios de violência provocada pelo crime organizado. Desde dezembro de 2023, a intensificação dos conflitos entre facções criminosas pelo controle do território do Morro dos Macacos tem se manifestado com o aumento dos embates armados e da violência na região, alcançando ápice nos últimos meses. O aumento da violência também aumenta a tensão entre os moradores e trabalhadores da região próxima às principais vias de acesso ao Morro dos Macacos, área na qual está incluída a CMS MAE. Com isso, os profissionais de saúde, assim como a população local, ficam expostos à violência territorial, o que impacta diretamente na saúde mental desses indivíduos e consequentemente na qualidade do serviço oferecido à população.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da violência territorial na saúde mental de acadêmicos de medicina e profissionais de saúde no cenário da Atenção Básica de Saúde, tendo como base dados coletados no CMS MAE por alunos do internato da graduação em Medicina durante o período de agosto e setembro de 2024.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que buscou avaliar a experiência e o impacto da violência territorial por meio de questionário on-line no modelo Google Forms, aplicado para médicos e

enfermeiros filiados ao CMS MAE e graduandos de medicina que atuaram como estagiários do CMS MAE, entre agosto e setembro de 2024. O questionário foi estruturado com perguntas objetivas acerca da categoria profissional, tempo de trabalho na atenção primária, tempo de trabalho no CMS MAE, ansiedade relacionada à violência, sensação de insegurança durante o trabalho, percepção sobre impacto da saúde mental no desempenho, tempo dedicado para saúde mental e percepção sobre apoio institucional quanto à temática. Foram considerados os 30 dias anteriores ao envio e preenchimento do formulário para avaliação das diferentes percepções. Após preenchimento, os dados foram analisados por meio da ferramenta Google Planilhas para organização dos resultados e criação de gráficos para visualização dos dados coletados.

RESULTADOS

Durante o período de agosto e setembro de 2024, podemos vivenciar e avaliar, através de formulário, a ansiedade diária dos profissionais de saúde no contexto de violência territorial, bem como a sensação de insegurança. Dos 38 profissionais selecionados, 27 (71,1%) aceitaram participar do estudo, incluindo médicos (70,3%), enfermeiros (18,5%) e estagiários de medicina (11,1%), com 74% referindo trabalhar há menos de 5 anos na APS. A maioria dos participantes (77,7%) relatou episódios de ansiedade relacionados à violência territorial pelo menos duas vezes na semana, enquanto 29,6% declararam sentir insegurança diária ao se deslocar para o trabalho. Entre os participantes, 74% indicaram que sua saúde mental tem impacto significativo no desempenho profissional, sendo 80% destes profissionais médicos, e 59,3% referiram nenhuma preocupação institucional com iniciativas voltadas à saúde mental. Em relação ao tempo dedicado à saúde mental, 20 (74%) referiram praticar atividades voltadas para a área pelo menos 3 vezes por semana.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados evidenciam o impacto psicológico da violência, com foco na experiência de profissionais de saúde e acadêmicos de Medicina no CMS MAE. Da mesma forma, escancaram a falta de políticas voltadas ao cuidado psicoemocional das equipes de saúde no contexto de violência. A literatura evidencia que, dentre os aspectos apresentados em correlação com o esgotamento profissional na atenção primária, destaca-se também a segurança pública. [2] O reforço ao apoio à saúde mental e a implementação de protocolos de segurança, como o Modelo de Acesso Mais Seguro, portanto, podem contribuir para reduzir os efeitos deletérios da violência territorial. Contudo, estudos com maior população de estudo e englobando mais Unidades Básicas de Saúde se mostram urgentes para que se possa orientar mudanças reais nos cenários de APS em regiões de alto risco no que tange a saúde mental e esgotamento profissional.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Presidência da República, Ministério da Saúde. Portaria GM nº2436, 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, 21 de Setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- [2] Martins LF et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2014; 19; 4739-4750.

O IMPACTO DO ESTIGMA NO ACESSO À SAÚDE DE MULHERES EM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DROGAS

Warlen Ribeiro da Cruz Oliveira¹

Flaviane Cristina de Oliveira Ferreira Delanos

Italla Maria Pinheiro Bezerra

Ingrid Dias de Souza

Luiz Carlos de Abreu

Nathalya das Candeias Pastore Cunha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O estigma enfrentado por mulheres que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas é uma questão multifacetada, profundamente enraizada em construções socioculturais e expectativas de gênero, e que se intensifica por normas sociais que impõem padrões mais rígidos ao comportamento feminino, resultando em julgamentos mais severos em comparação aos homens. Essas mulheres frequentemente enfrentam discriminação e marginalização, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, o que compromete sua autoestima e dificulta a busca por apoio.[1]

Esse estigma não apenas afeta a percepção pública, mas também permeia os serviços de saúde, onde profissionais podem, consciente ou inconscientemente, reproduzir preconceitos sociais. Tal atitude compromete a qualidade do atendimento e cria barreiras significativas no acesso dessas mulheres aos cuidados necessários [2]. A abordagem de Redução de Danos emerge como uma estratégia relevante, propondo intervenções menos punitivas e mais inclusivas, que visam minimizar os efeitos negativos do uso de substâncias sem exigir abstinência completa.

No Brasil, políticas públicas no campo de álcool e outras drogas têm buscado incorporar a Redução de Danos como parte das estratégias de saúde pública que respeite as singularidades e promova a autonomia dos indivíduos.

OBJETIVO

Descrever os impactos do estigma sofrido por mulheres que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, sua influência no acesso a serviços de saúde e a importância da Política de Redução de Danos nesse contexto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa elaborada a partir de busca na plataforma PubMed, utilizando-se os descritores: Stigma AND Women AND Drugs. Os critérios de inclusão foram: textos completos gratuitos, disponíveis em português e inglês, publicados nos últimos 5 anos. Foram excluídos

1 Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: ribeirowarlen@gmail.com

os artigos que, após leitura de título e resumo, não apresentavam relação com o tema, eram revisões de literatura ou não faziam associação ao acesso à saúde, foram excluídos também artigos duplicados. Utilizou-se também artigos da plataforma Scielo que fizessem relação aos objetivos da pesquisa, além do uso de documentos públicos oficiais do Governo.

RESULTADOS

Foram selecionados 29 artigos para compor a revisão, sendo excluídos 27 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão ou serem repetidos. Com isso, a amostra final foi composta por 2 artigos.

O uso abusivo de álcool e outras drogas por mulheres no Brasil é um fenômeno crescente que enfrenta barreiras significativas, especialmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Entre 2006 e 2018, houve um aumento de 42,9% no consumo abusivo de álcool entre as mulheres, refletindo mudanças comportamentais e sociais. [3]

Colaborando com o exposto, o Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC do ano de 2022, em um de seus tópicos aborda a questão de gênero relacionado às drogas, nesse relatório é possível compreender um aumento significativo de mulheres com uso abusivo de drogas e que não procuram suporte para tratamento. [4]

Pepino [2], realizou um estudo destacando que mulheres em uso de psicoativos enfrentam estigmas sociais que dificultam a busca por tratamento. O papel tradicional de cuidadoras atribuído às mulheres intensifica o julgamento quando elas fazem uso de álcool e drogas, resultando em medo de retaliação e isolamento. Esse estigma é ainda mais acentuado em gestantes, que têm receio de perder a guarda dos filhos ou sofrer retaliações familiares.

Diante disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível estratégico para a prevenção e tratamento do uso abusivo de psicoativos. No entanto, atitudes negativas e estigmatizantes por parte de profissionais podem criar barreiras significativas ao acesso e à qualidade do atendimento oferecido às mulheres.

Na perspectiva de políticas públicas entende-se que é preciso considerar suas especificidades, adotando uma perspectiva de gênero que reconheça as particularidades e necessidades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O aumento do consumo abusivo de álcool entre mulheres no Brasil ressalta a urgência de abordagens de saúde que considerem as especificidades de gênero. Para enfrentar o estigma associado ao uso de substâncias por mulheres, é fundamental promover a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde.

O fortalecimento da Política de Redução de Danos emerge como estratégia essencial para compreender as complexidades que permeiam a realidade dessas mulheres, visando a um cuidado em saúde que respeite suas singularidades e autonomia.

A implementação de programas de educação em saúde que abordem questões de gênero e uso de substâncias pode contribuir para a redução do estigma e para a promoção de práticas de cuidado mais acolhedoras e eficazes.

Por fim, reconhecer e abordar as experiências de estigmatização vividas por mulheres que fazem uso de drogas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, é fundamental para a construção de políticas públicas mais inclusivas.

REFERÊNCIAS

- [1] Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. 2010;59(4):326-332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>.
- [2] Pepino CM. Mulheres, álcool e drogas: pesquisa revela desafios no acesso à saúde. *Rev Saúde Publica* [Internet]. 11 de dezembro de 2024. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/mulheres-alcool-e-drogas-pesquisa-revela-desafios-no-acesso-a-saude/>.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres [Internet]. Brasília: MS; 25 de julho de 2019. Disponível <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/julho/consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>.
- [4] United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report [Internet]. Vienna: UNODC; 26 de junho de 2024. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2024/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2024-do-unodc-alerta-para-o-crescimento-do-problema-das-drogas-no-mundo-em-meio-expanso-do-uso-e-dos-mercados-de-drogas.html>

O JOGO DE CARTAS COMO INSTRUMENTO DE DISSEMINAÇÃO DE SABERES SOBRE OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Carla Cristina da Silva Sant'Ana¹

Andreza Pereira Rodrigues

Lino Augusto Sander de Carvalho

Renata Libonati

Leonardo de Faria Peres

Ariel Oliveira

Michael Pinheiro Barbosa

Maria Eduarda Santos de Mello

Julia Lessa Oliveira

Isabel Cristina Da Silva Soares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Jogo de Cartas Saberes em Saúde constitui uma das frentes de trabalho do projeto de extensão universitária “Saberes em Saúde: circulação de saberes dentro e fora da universidade”. Desenvolvido com o intuito de promover a popularização do conhecimento em saúde, o jogo é composto por 70 cartas divididas entre categorias interativas e temáticas. Os conteúdos abordam aspectos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), além de se articularem aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com ênfase no ODS 3 – Saúde e Bem-estar – e no ODS 13 – Ação contra a Mudança Global do Clima¹. Também são contemplados temas livres relacionados à saúde, que permitem a contextualização dos saberes no cotidiano dos participantes. A atividade de extensão é desenvolvida em eventos e feiras, especialmente com públicos escolares, como ocorreu na Semana Nacional de Ciência e Tecnologia da UFRJ. Ao trazer o conhecimento acadêmico para o espaço da brincadeira, o projeto colabora com o rompimento das barreiras de linguagem e acesso à informação e, assim, o jogo transforma o brincar em uma potente ferramenta para a circulação de saberes e fortalecimento do vínculo universidade-comunidade. A atuação dos extensionistas, por meio da mediação pedagógica, é essencial para a construção coletiva do aprendizado, valorizando as experiências dos participantes e promovendo o protagonismo na abordagem dos temas propostos.

OBJETIVO

Promover a troca de saberes em saúde de forma acessível, crítica e interativa entre participantes de diferentes faixas etárias, abordando o SUS, os ODS e temas livres por meio de um jogo de cartas educativo. O objetivo central é fortalecer o debate, ampliar o acesso ao conhecimento e contribuir para os saberes em saúde da população através de atividades lúdicas em espaços diversos, como feiras, eventos e outras ações de extensão.

1

E-mail: carla.santana33@gmail.com

METODOLOGIA

O jogo é mediado por extensionistas que orientam os participantes, registram a pontuação, organizam a atividade e estimulam a interação durante a partida. A mediação não se limita apenas à condução do jogo, como também auxilia estimulando a reflexão e a criticidade sobre as perguntas realizadas. As cartas são divididas em dois grupos: interativas e temáticas. As cartas interativas promovem desafios e são subdivididas em: “Carta Sanguessuga” (roubo de pontos de outros jogadores), “Carta Estrela” (relato pessoal ou familiar sobre o SUS ou reflexão sobre os ODS 3 ou 13), “Carta Zé Gotinha” (nomear uma vacina e sua função), “Carta Organização das Nações Unidas” (relacionar os ODS 3 ou 3 e ações locais), “Carta Samu” e “Carta Samu Resgate” (ganho de 10 pontos). Já as cartas temáticas possuem perguntas que são divididas em três níveis de dificuldade: fácil (5 pontos), intermediário (10 pontos) e difícil (15 pontos). A ludicidade é uma estratégia pedagógica para promover a aproximação da população com os saberes acadêmicos, além de valorizar as experiências cotidianas e as vivências dos participantes.

RESULTADOS

A aplicação do jogo em diferentes eventos tem mostrado resultados altamente positivos, com ênfase no envolvimento e participação ativa do público, alcançado pessoas de diferentes níveis de escolaridade e classes sociais. Durante a Semana Nacional de Ciência e Tecnologia da UFRJ, por exemplo, a proposta do jogo foi bem aceita por estudantes da rede pública de educação, que demonstraram interesse pelas temáticas abordadas e facilidade em estabelecer conexões entre os conteúdos e suas experiências pessoais. Assim, a atividade conseguiu atingir seus objetivos, estimulando a troca de relatos sobre o uso do SUS, bem como reflexões sobre os direitos à saúde, à cidadania e ao meio ambiente. Tal troca não apenas enriqueceu o repertório dos jogadores, como também contribuiu para a formação crítica dos próprios extensionistas. Além disso, o formato lúdico permitiu a desconstrução de uma possível visão hierarquizada do saber, valorizando o conhecimento popular, o pensamento crítico e promovendo o reconhecimento do direito à saúde. Como reconhecimento do trabalho, o projeto foi agraciado com o Selo ODS Educação, em 2023, destacando-se entre as práticas de extensão universitária comprometidas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Esses resultados reafirmam a importância do jogo como uma ferramenta eficaz para a democratização do conhecimento e fortalecimento do vínculo essencial entre universidade e sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Jogo de Cartas Saberes em Saúde se mostrou uma estratégia eficiente de educação popular em saúde, ao promover a difusão de conhecimentos, direitos e deveres de forma acessível e participativa à população. Ao aliar ludicidade, criticidade e inclusão, o jogo favorece a construção coletiva do saber, ampliando o alcance da universidade à classe sociais distantes do ambiente acadêmico, gerando pertencimento e cidadania. A experiência, sobretudo, demonstra que brincar também é um ato político e uma excelente estratégia de troca de informações entre a sociedade e extensionistas.

REFERÊNCIAS

- (1) Cabral R, Gehre T. Guia agenda 2030: integrando ODS, Educação e sociedade. São Paulo; 2020. Disponível em:
https://www.guiaagenda2030.org/_files/ugd/7d2da8_d642781190ea40d0a49b982d20cde36f.pdf

O MAPA DO SONO NA MEDICINA: UMA ANÁLISE DA SAÚDE DO ESTUDANTE

Juliana Campos Machado¹
Nina Lúcia Prates Nielebock de Souza
Anna Luiza Costa Sant'Anna
Barbara Gama Drable Silva Barbosa
Júlia Matos Quintanilha Barrozo
Reynaldo Yuji Souza Tanaka

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A falta de sono está associada ao aumento da mortalidade por todas as causas e à incidência de muitas condições crônicas¹.

A jornada do estudante de medicina é marcada por um ritmo intenso de estudos, pressão acadêmica constante e jornadas irregulares de trabalho, fatores que impactam diretamente sua saúde e qualidade de vida. O sono desempenha um papel fundamental no bem-estar e no desempenho acadêmico desses estudantes, mas frequentemente é prejudicado pela rotina exaustiva.

Para compreender os impactos dessa sobrecarga na qualidade do sono e no relaxamento noturno, foi desenvolvida a oficina “Caminhos do Adormecer”. Durante a atividade, a dinâmica do Mapa do sono foi utilizada como estratégia de autoavaliação, permitindo que os participantes identificassem padrões e hábitos de sono, além dos principais desafios e consequências para sua saúde.

OBJETIVO

Relatar as percepções dos estudantes sobre a dinâmica do Mapa do Sono, realizada na oficina “Caminhos do Adormecer”, e analisar os padrões identificados nos relatos de hábitos de sono e atividades diárias, correlacionando-os com a importância da saúde acadêmica.

METODOLOGIA

A dinâmica do Mapa do Sono foi aplicada na oficina “Caminhos do Adormecer”, durante a Recepção de Calouros de Medicina de dois mil e vinte e cinco. A atividade contou com quinze estudantes voluntários do primeiro ano, que preencheram individualmente o mapa em aproximadamente dez minutos.

O Mapa do Sono foi dividido nas seguintes categorias: Horário de despertar; Atividades diárias, incluindo uso de eletrônicos, consumo de cafeína e prática de atividade física; Rotina do sono; Obstáculos ao sono; Horário de dormir.

1 Faculdade de Medicina Souza Marques. E-mail: julianamachado2001@gmail.com

A análise revelou que a maioria dos participantes acorda entre cinco e seis horas e quarenta minutos, enquanto o horário de dormir varia entre dez horas da noite e meia noite. Assim, a média de sono dos estudantes oscilou entre cinco e sete horas por noite, abaixo da recomendação para adultos, que é de sete a nove horas.

Quanto à rotina noturna, noventa e três vírgula três por cento dos estudantes relataram o uso de dispositivos eletrônicos antes de dormir, um fator que interfere diretamente na qualidade do sono. Além disso, cinquenta e três por cento mencionaram que a ansiedade acadêmica, especialmente em relação a provas e desempenho, dificulta o descanso.

O estudo antes de dormir também foi um fator relevante, citado por vinte por cento dos participantes. O consumo de cafeína apareceu como outro hábito frequente: quarenta e seis por cento relataram ingestão matinal e quarenta por cento, no período da tarde.

Por outro lado, um dado positivo foi que mais de cinquenta por cento dos estudantes praticam atividade física regularmente, o que pode funcionar como um mecanismo de alívio diante da rotina acadêmica desgastante.

Ao final da oficina, os participantes forneceram um feedback positivo sobre a dinâmica de autoavaliação. No formulário de avaliação online aplicado após a atividade, cem por cento dos estudantes afirmou que a experiência os ajudou a refletir e reorganizar sua rotina de sono. Além disso, destacaram que mapear os principais obstáculos proporcionou maior conscientização sobre seus hábitos diários e possíveis ajustes para melhorar a qualidade do sono.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados coletados na dinâmica do Mapa do Sono confirmam que os estudantes de Medicina possuem uma rotina de sono inadequada, com poucas horas de descanso, agravadas por preocupações acadêmicas e uso excessivo de eletrônicos. Esse cenário compromete diretamente a qualidade de vida e o bem-estar desses futuros profissionais.

Diante disso, a conscientização sobre higiene do sono e a adoção de hábitos saudáveis são essenciais para melhorar a saúde e o desempenho acadêmico dos estudantes, contribuindo para a formação de médicos mais equilibrados e preparados.

A implementação de atividades como a oficina “Caminhos do Adormecer” se mostra uma estratégia relevante para sensibilizar os acadêmicos sobre a importância do sono. Pequenas mudanças comportamentais, como redução do consumo de cafeína e do uso de eletrônicos antes de dormir, podem impactar significativamente a qualidade do sono e, consequentemente, o rendimento acadêmico.

REFERÊNCIAS

- (1) Zheng NS et al. Sleep patterns and risk of chronic disease as measured by long-term monitoring with commercial wearable devices in the All of Us Research Program. Nat Med. 2024 Sep;30(9):2648-2656. doi: 10.1038/s41591-024-03155-8.

O PESO DO PRECONCEITO: COMO A DISCRIMINAÇÃO AFETA A SAÚDE DE LGBTQIA+ NA TERCEIRA IDADE

Julys Nathan Ferreira Soares¹

Vanessa Alvarenga Pegoraro

Josivania Silva Farias

Natália Fernandes de Andrade

Luana Dias da Costa

Jonathas Riquiel da Silva Rodrigues

Jaqueline Neri da Silva

Lucy Marina de Souza Oliveira

Ana Valéria Machado Mendonça

Ester Mascarenhas de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade, impulsionado por tecnologia e pesquisas em qualidade de vida, demanda uma compreensão abrangente do envelhecimento devido ao crescimento da população idosa e à queda da natalidade. Essa visão global é crucial para prevenir a exclusão psicológica e social dessa parcela da população.¹

O envelhecimento, processo natural, requer análise multifacetada para cuidado individualizado. A exclusão sutil de idosos LGBTQIA+ exige compreensão de suas necessidades específicas, o que melhora a adesão e reduz a progressão de doenças. Informar profissionais sobre suas particularidades otimiza o atendimento e a promoção da saúde primária.^{1, 2}

A falta de conhecimento sobre diversidade sexual leva profissionais a presumirem a heterossexualidade de pacientes, esse atendimento convencional impede a identificação de particularidades e faz com que informações importantes sejam omitidas pelos pacientes. Isso dificulta o mapeamento da população e de doenças que exigem atenção continuada, impactando os indicadores de saúde locais.²

OBJETIVO

A pesquisa buscou responder: Quais experiências e formas de discriminação a população LGBTQIA+ vivencia durante o atendimento de saúde? O objetivo é identificar essas experiências e discriminações em idosos LGBTQIA+ ao receberem serviços de saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa qualitativa exploratória e descritiva buscou identificar experiências e discriminação enfrentadas por idosos LGBTQIA+ em serviços de saúde. Oito questionários completos formaram o

1 Universidade de Brasília. Email: julys.nathan@gmail.com

material de análise em que as respostas fechadas foram analisadas estatisticamente com tabelas e cálculo de valores relativos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do UNICEUB (parecer 5.385.069/2022) e seguiu rigorosamente as diretrizes éticas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do CONEP, incluindo as orientações para pesquisas com etapas virtuais.

RESULTADOS

A pesquisa online teve baixa adesão, resultando em pequena amostra de homens cisgêneros mais jovens, possivelmente devido à idade, medo e dificuldade tecnológica.³

A pesquisa teve alta participação homoafetiva. Dados nacionais mostram maioria heterossexual (94,8%), com minorias homossexual (1.2%) e bissexual (1.1%), além de indefinidos. Apesar da maior aceitação, o preconceito dificulta a autoaceitação.⁴

Após descrever o grupo, a pesquisa revelou que, entre os maiores de 45 anos, seis (66,7%) realizam consultas ou exames semestralmente e três participantes (33,3%) procuram atendimento médico apenas quando apresentam alguma queixa de saúde.

A maioria dos participantes busca serviços de saúde com frequência. A idade eleva as demandas, mas a baixa procura é discutida. Para LGBTQIA+, a discriminação afasta de hospitais e UBSs. Essa comunidade sofre estigma e discriminação, o que pode levar ao uso de drogas como enfrentamento da vulnerabilidade.³

As respostas obtidas foram detalhadas da seguinte forma:

Categoria 1: Principais motivos pelos quais busca atendimento

As principais razões que levam as pessoas a procurar atendimento são: “Problemas particulares, queixas do sistema respiratório como rinite alérgica e asma, problemas que saem do habitual, hipertensão arterial e dores persistentes”.

Categoria 2: Impedimento e/ou desestímulos na busca por serviços de saúde

Barreiras e falta de motivação para buscar saúde na população LGBTQIA+ estão ligadas ao despreparo profissional em relação às suas necessidades específicas. Um cuidado humanizado poderia evitar procura tardia e reduzir demandas tardias. A pesquisa teve dificuldade em alcançar idosos LGBTQIA+ devido à baixa adesão, respostas incompletas e dificuldades com tecnologia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A limitada capacitação de profissionais, estigmas e medo de discriminação contribuem para a baixa procura por serviços de saúde pela população pesquisada. Apesar de poucos relatarem discriminação direta, muitos conhecem casos, sugerindo dificuldade em reconhecer ou reportar essas vivências. Diante do envelhecimento global, compreender as diversas necessidades da população, incluindo grupos específicos, é essencial para melhorar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- (1) Araújo LF, Salgado AGAT, Santos JVDO, de Jesus LA, Fonseca LK da S. Representações sociais da velhice LGBT entre Agentes Comunitários de Saúde. *Psico (Online)*. 2019;50(4):e30619.
- (2) Crenitte MRF, Miguel DF, Filho WJ. An approach to the peculiarities of lesbian, gay, bisexual, and transgender aging. *Geriatr., Gerontol. Aging (Impr)*. 2019;13(1):50-6.
- (3) Silva LA, Santos EL, Souza HKB, Podemelle RM, Soares RR, Mendonça SS. Envelhecimento e velhice LGBTQIA+: repercussões sobre a saúde física e mental de pessoas de meia-idade e idosas. *Rev. bras. sex. hum.* 2022;33(e1013):1-10. doi: 10.35919/rbsh.v33.1013
- (4) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019: orientação sexual autoidentificada da população adulta. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.

O PROCESSO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA IDEAÇÃO SUICIDA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DAS PUBLICAÇÕES MUNDIAIS COM FOCO NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO, NA IDADE E NAS QUESTÕES DE GÊNERO

Tarciso de Figueiredo Palma¹

Jules Ramon Brito Teixeira

Tânia Maria de Araújo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A taxa de suicídio no mundo é de 9,0 em cada 100 mil habitantes. Por ano, morrem, aproximadamente, 800 mil pessoas, aproximadamente, ou seja, a cada 40 segundos alguém comete suicídio^{1,2}. Lesoto, na África, ocupa esta posição, com 87,5 suicídios à cada 100 mil habitantes. O continente africano é o que apresenta a maior taxa padronizada de casos, com 11,2 por 100 mil habitantes. As Américas, ao contrário do restante do mundo, apresentam aumento no registro dos casos¹. Há proeminência de casos em países de baixa e média renda, com 78% dos suicídios mundiais³. O Brasil apresenta números absolutos destacados neste cenário, figurando na oitava posição no ranking mundial, porém ocupando a 124ª posição em taxa, com 6,4/100.000 habitantes¹.

O contexto mais proximal do suicídio engloba tentativas, planos e ideação suicida-IS. A IS atinge 9,2% da população mundial em, pelo menos, um momento da vida⁴. Conhecer os fatores associados a esse contexto é essencial para a ampliação do escopo de conhecimento que o campo da Saúde Coletiva requer para o estabelecimento de estratégias prioritárias de enfrentamento. Para além dos fatores clínicos e de saúde individual, deve-se priorizar fatores contextuais mais amplos, como os demográficos, sociais, ocupacionais e de hábitos de vida. O perfil etário, as questões de gênero e o trabalho são dimensões históricas importantes na compreensão do fenômeno.

OBJETIVO

A partir da complexidade que o contexto suicida tem por natureza, este estudo tem como objetivo principal determinar os limites do conhecimento atual sobre a IS, a partir de seus fatores associados, com foco no trabalho, no gênero e na idade, estruturando a possibilidade de novos avanços no seu conhecimento.

METODOLOGIA

Revisão Sistemática da Literatura, com abordagem qualitativa, registrada no PROSPERO, sob nº CRD42022328542. Foram incluídos estudos entre 2017 e 2021, sendo excluídas as revisões narrativas, erratas, teses e dissertações. Foram verificados artigos que incluísssem em seus resultados: distinções etárias, de gênero e/ou trabalho, enquanto fatores associados a IS. Foi considerada uma

1

Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: tfpalma@gmail.com

segunda busca, com o desfecho ‘suicídio’, uma vez que o reconhecimento da ideação suicida gera estigmas e pesquisas que considerassem o reconhecimento desta condição no trabalho tenderiam a poucos resultados.

As buscas foram feitas nas bases de dados: Science Direct, Pubmed, Scielo, Cochrane e Biblioteca Virtual de Saúde. Foram recuperados descritores indexados nos DeCS/MeSH: Para o desfecho: ‘Ideação Suicida’ e ‘Suicídio’; para as variáveis explicativas: ‘Grupos Etários’, ‘Faixa Etária’, ‘Identidade de Gênero’, ‘Sexo’, ‘Minorias sexuais e de gênero’, ‘Trabalho’ e ‘Condições de trabalho’.

Para a verificação de qualidade de cada estudo, foram utilizadas as ferramentas: AMSTAR-2, COREQ, ROB 2.0 e o NOS. Foi realizada a análise de conteúdo do material selecionado, conformando os capítulos de discussão deste estudo⁴.

RESULTADOS

Foram elegíveis 161 artigos. Foram identificadas publicações em 104 periódicos. Prevaleceram na área da Psicologia, com maior ocorrência na Psychiatry Research (10,1%). Foi produzido um modelo teórico-explicativo para a IS.

Os resultados da análise foram estruturados em: (a) A dinâmica etária da IS; (b) Distinções de gênero e a IS; e, (c) O mundo do trabalho: um capítulo essencial no contexto suicida.

Condições distintas e comuns entre as faixas etárias foram associadas à IS: para o idoso, a percepção em “ancorar” os seus entes próximos e o sentido de inutilidade, associada à sua existência, repercutem em pensamentos sobre a própria vida⁵; para o adulto, o sentimento de fracasso profissional, as dívidas, o distanciamento dos sonhos, os conflitos no trabalho e o embotamento, que produzem sofrimento⁶; para o jovem, o imediatismo em “ter”, a frustração em “não ter”, os conflitos sociais, a idealização mercantilizada do belo, do modo de viver, vestir e ser, inalcançáveis, algutnam, senão nesse momento, numa jovem adultez, os sofrimentos⁷.

Há um paradoxo de gênero: ocorrem mais suicídios em homens, mas mulheres pensam e tentam mais. O modelo de produção de vida que coisifica o corpo feminino e que se cristaliza na sociedade patriarcal e machista, determinam condições que as vulnerabilizam mais⁶. Outras representações de gênero apresentam distinções importantes para a IS, como ser mulher, jovem e bissexual⁸.

O processo de determinação social do contexto suicida na sociedade capitalista, nasce no trabalho e perpassa seus limites estruturais, permeando todos os campos da vida. Aspectos psicossociais: trabalho passivo, de baixo controle e pouca autonomia, desequilíbrio esforço/recompensa, demanda e comprometimento excessivos, estabelecem circunstâncias importantes para a compreensão do fenômeno^{9,10}, assim como o não trabalho¹¹.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os desafios aqui postos, então, perpassam pela determinação da etiologia do problema e tangenciam a determinação sócio-histórica do contexto suicida que traz o mundo do trabalho como protagonista para sua compreensão. Por ser um evento de acessibilidade complexa, transita na invisibilidade e segue atenuado nas pormenorizações naturalizadas em suas baixas taxas registradas, ou sob uma “margem aceitável da carga da doença”¹². O trabalho representa o eixo que sustenta o tecido social em que se estabelece a vida. Nele se configuram as estruturas que, tensionadas, transitam pendularmente, ora solidificando relações protetoras, ora vulnerabilizando os indivíduos e as coletividades. Já amplamente consagrado nos diversos estudos sobre o processo saúde/doença, o trabalho deve protagonizar pesquisas futuras para ampliar o escopo de conhecimentos sobre este denso fenômeno, oportunizando que a cadeia que leva o indivíduo ao autoextermínio seja rompida

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. WHO Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. 2021.
- (2) Pereira GK, Madruga AB, Kawahala E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cad saúde colet.* 2020;28(4):500-509.
- (3) Zakhour M, et al. Suicidal ideation among Lebanese adults: scale validation and correlates. *BMC Psychiatry.* 2021;16;21(1):100.
- (4) Campos JC. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):611-4
- (5) Gutierrez DMD, et al. Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? *Saúde e Sociedade.* 2020;29:e190659.
- (6) Niedhammer I, et al. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. *BMC Public Health.* 2020;20: 895.
- (7) Jeong SC, et al. Identification of influencing factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents: 11-year national data analysis for 788,411 participants. *Psychiatry Research.* 2020;291:113228.
- (8) Chen Y, et al. A cross-sectional study of mental health, suicidal ideation and suicide attempt among transgender women in Jiangsu province, China. *J Affect Dis.* 2020; 277: 869-874.
- (9) Choi B. Job strain, long work hours, and suicidal ideation in US workers: a longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2018;91:865–875.
- (10) Araújo TM, et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Rev Bras de Epidemiol.* 2016;19:645-657
- (11) Faria M, et al. O papel do apoio social na ideação suicida: uma comparação entre empregados e desempregados, *J Ment Health.* 29:1,52-59.
- (12) Neves MS, et al. Determinação social do processo saúde/doença e do estado mental de trabalhadores rurais no Brasil. *ACENO.* 2020;7(14):231-248.

O QUE QUER O HOMEM NEGRO?

Deivi Ferreira da Silva Matos¹

Alzira Mitz Bernardes Guarany

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Ao tratarmos dos condicionantes e determinantes sociais de saúde de homens negros no Brasil do século XXI, é fundamental analisá-los sob a perspectiva de complexidade e totalidade histórica e social, especialmente a partir da formação social brasileira e do racismo que ainda hoje marca a estrutura social do país, assim como os seus desdobramentos. Desde a colonização vem sendo criada uma série de dispositivos sociais, jurídicos e normativos que inscreveram a negritude sobre o princípio da desumanização (1).

Atualmente no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2), a população negra, pessoas autodeclaradas pretas e pardas, corresponde a quase 56%. No entanto, esse segmento tem acesso limitado a bens, serviços e políticas públicas e sociais que possam lhes garantir uma vida digna.

Conquistado o fim da escravidão, grande parte dessa parcela da população continua exposta a uma série de vulnerabilidades sociais, baixo ou acesso limitado à educação e saúde, por exemplo, muito em função do racismo estrutural e do processo de genocídio, especialmente contra homens negros.

Inúmeros estudos têm sido realizados para refletir sobre os impactos do racismo estrutural enquanto um determinante social a afetar a saúde e as condições de vida dessa parcela da população, mas poucos tratam da saúde dos homens negros brasileiros.

OBJETIVO

Trazer algumas reflexões com base em uma pesquisa acerca da saúde do homem negro no Brasil a partir de dados levantados, pois percebemos como as masculinidades negras são pouco contempladas ou até negligenciadas pelo Estado brasileiro, suas políticas e centros de estudo e formação.

METODOLOGIA

Por se tratar de uma investigação social de caráter qualitativo e exploratório, estamos realizando uma pesquisa bibliográfica em produções acadêmicas e científicas com vistas a promover uma revisão do material produzido, assim como investigando em banco de dados de universidades e instituições científicas bancos de dados e sistemas epidemiológicos oficiais que possam fornecer números e possuir produções acadêmicas e científicas sobre a saúde do homem negro. Legislações sociais e políticas públicas de saúde que abordam e regulem as questões de masculinidade e masculinidade negra também estão sendo analisadas.

RESULTADOS

A violência racial em países que foram colonizados e adotaram o modo de produção escravista pode ter o princípio da racialidade a determinar o processo saúde-doença-morte, pois a “[...] branquitude e negritude detêm condicionantes diferenciados quanto ao viver e o morrer [...]” (1).

Os homens de uma maneira geral possuem resistência em buscar os serviços de saúde, sobretudo os de Atenção Básica, pois há uma cultura de gênero que os coloca como invulneráveis, não suscetíveis ao adoecimento, além de associarem o autocuidado, a prevenção e a recuperação em saúde como algo ligado à feminilidade (3). Com homens negros isso ganha maiores proporções com o agravante da operacionalidade do racismo nas instituições, que pode funcionar como barreiras no acesso a políticas sociais.

Embora a Política Nacional de Saúde Integral do Homem não aponte recorte de raça ou classe, que podem indicar diferença entre os indicadores de morbimortalidade entre os homens, pesquisas sobre encarceramento, morte por doenças evitáveis ou causas externas, apontam incidência maior de letalidade sobre as masculinidades negras quando contemplam esse binômio.

Homens negros tendem a contrair mais doenças crônicas transmissíveis: em 2022 65,32% dos casos de tuberculose notificados no município do Rio de Janeiro era de homens negros e 19,91% de homens brancos. Na hanseníase, homens negros eram 61% dos casos e homens brancos 36,17%. Na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), homens negros eram 63,72% dos casos, e os homens brancos com 36,17% (4).

É relevante investigar o racismo enquanto determinante e condicionante social de saúde sobre a vida desses homens, que desde o século XVI são alocados na zona do não-ser (1) e (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa pretende produzir dados que auxiliem a reflexão sobre o racismo enquanto mais um determinante de saúde quando se trata da população negra, e seus impactos na vida de homens negros. Dada a sua complexidade, sabemos que ela não esgotará o tema, mas integra uma reflexão que temos feito desde dissertação, defendida em 2023. Fica aqui também um convite para que pesquisadores e profissionais de saúde debatam esta temática que entendemos fundamental para a melhoria das condições de vida e diminuição da mortalidade de um segmento populacional considerável de nossa sociedade. Entendemos como importante que se estabeleçam ações para o rompimento radical com esse estatuto de invisibilidade e até inferioridade das masculinidades negras, que se supere o código do não ser imposto pela herança colonial que ainda hoje marca suas vidas.

REFERÊNCIAS

- [1] Carneiro SA. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser[Tese]. São Paulo: USP; 2005.
- [2] Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Censo 2022: pela primeira vez desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>.
- [3] Campos DS. Racismo e Trabalho em Saúde: resultados preliminares de um estudo na cidade de Rio de Janeiro [Tese]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2020.
- [4] Rio de Janeiro (Município). Secretaria De Saúde. Painel epidemiológico. Disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/>.
- [5] Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: UFBA; 2008.

O RACISMO INSTITUCIONAL COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE PARA TUBERCULOSE: UM RECORTE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Yasmin Sâmela Jeremias Vieira¹

Ernani Costa Mendes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch (BK). Esse bacilo acomete principalmente os pulmões, mas pode acometer outros órgãos. A principal fonte de transmissão da tuberculose são as vias aéreas, por meio de aerossóis. [1]

Um problema de saúde pública, perpetuado por séculos, onde o Estado do Rio de Janeiro é um dos estados brasileiros com um dos maiores índices de tuberculose, sendo eles medidos por indicadores de incidência por 100 mil habitantes e o indicador de óbito.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, sociais e comunitários, entre outros, que interferem no processo saúde-doença, no qual, pode-se gerar o risco de adoecimento. Os DSS, promovem altos índices de riscos, vulnerabilidades, desigualdades e iniquidades.

Nesse contexto, observamos o racismo institucional, que reflete a sociedade nas instituições. Sendo as instituições compostas pela sociedade, que na sua estrutura se faz presente o racismo, elas reproduzem o que a sociedade expressa. Sendo de suma importância a análise e o estudo de indicadores da saúde, com o recorte do quesito raça/cor, para avaliação do quadro situacional da tuberculose, e consequente implantação e implementação de políticas públicas de saúde para melhoria desse quadro sanitário.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo geral estudar as relações étnico-raciais como determinante social de saúde da tuberculose e como o objetivo específico analisar o perfil epidemiológico racial dos casos de tuberculose no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2018 a 2022.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se trata de uma revisão bibliográfica, onde foi utilizado como metodologia a análise documental e de artigos científicos, no qual não houve delimitação de um marco temporal para a pesquisa no sentido de obter uma abrangência superior de publicações, foi consultado também livros, publicações e sistemas de informação do Ministério da Saúde e do Estado do Rio de Janeiro, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) dentre outros.

Analisou-se o banco de dados do SINAN entre os anos de 2018 e 2022, por meio da coleta dos dados de domínio público contidos na base do Sistema de Informação do Estado do Rio de Janeiro, sendo dados estaduais do SINAN disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde através da ferramenta Tabnet. A análise dos dados ocorreu por meio do recorte raça/cor, entre outros.

RESULTADOS

O Estatuto de Igualdade Racial aborda a junção das categorias preta e parda, onde se origina a população negra. [2] Ao analisarmos o indicador de casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, vemos que no agrupado de cinco anos, a população branca obteve um percentual de 25%, enquanto a população negra 65%. Ao compararmos as duas categorias obtemos um quantitativo maior aproximadamente de 2,5 vezes, sendo a população negra a mais atingida pela tuberculose no período apresentado. [3]

O indicador de cura de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no período de 2018 a 2022, nos mostra que do total de pessoas negras diagnosticadas nesse período, 65,7% foram curados, e do total de pessoas brancas, 72,44% foram curadas. [3]

Já o indicador de interrupção de tratamento dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, se apresenta no Estado do Rio de Janeiro da seguinte forma, nos anos de 2018 a 2022, a população branca possui uma proporção de 12% de interrupções, enquanto a população negra 18%, amarela 18%, indígena 10% e raça/cor ignorado 17%. Observa-se uma maior proporção de interrupção do tratamento na população negra. [3]

Entre 2018 e 2022, tivemos aproximadamente seis vezes maior chance de uma pessoa negra em situação de rua adoecer por tuberculose, em comparação a uma pessoa branca nessa mesma situação no Estado do Rio de Janeiro. Na análise da coinfeção TB-HIV, a população negra se torna aproximadamente 3,3 vezes maior no quantitativo geral. Uma pessoa negra privada de liberdade tem aproximadamente 4,5 vezes maior chance de adoecer por tuberculose, em comparação a uma pessoa branca. [3]

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Observou-se um maior quantitativo desproporcional de pessoas negras acometidas por tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. Ademais, a população negra se apresentou em destaque nos índices desfavoráveis, como o de interrupção de tratamento, e associação com outras comorbidades. Sendo o único indicador que essa população não se destaca, o de cura dos casos novos bacilíferos, isto é, um indicador favorável já que a população negra se apresenta com a maior incidência de casos novos.

O racismo institucional e o estrutural tornam a população negra mais vulnerável ao adoecimento. Conclui-se que o racismo é um determinante social da saúde para os casos de tuberculose na população negra. Os DSS são geradores de riscos de adoecimento, como foi apresentado pelos dados contidos

nos indicadores de saúde. Isso posto, se faz necessário a efetivação de políticas públicas de saúde e de igualdade social para combater e mitigar essa iniquidade de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
- [2] Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF, 20 julho de 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm
- [3] Rio de Janeiro. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Informação de Saúde. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinan/tf_tuberculose.def.

O SOFRIMENTO DOS CORPOS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MÚLTIPLAS NARRATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz¹

Diego Madi Dias

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A trajetória das pessoas em situação de rua é marcada por diversas perdas, incluindo as relações familiares, ausência de emprego e marginalização social [1]. Existe uma tendência de associar aqueles que vivem nas ruas a estereótipos negativos (estigma), o que afeta a forma como percebem sua própria identidade (deterioração da subjetividade), ao serem vistos como indivíduos com apresentação social negligenciada e contrária à estética civilizatória e higienista. Essas percepções criam barreiras que reforçam a ignorância, resultando em preconceito, indiferença, hostilidade e crueldade em relação aos corpos em situação de rua. Muitos desafios intensificam a experiência de sofrimento, como a ausência de habitação, emprego e renda, dificuldade de acesso à saúde, exclusão social e violência [2]. Essas vivências afetam a saúde física e mental, com efeitos significativos para o bem-estar emocional. O estigma relacionado à vida nas ruas pode agravar ainda mais essas dores, gerando isolamento e tornando mais difícil o acesso a serviços e ao suporte social. É fundamental compreender como esses corpos manifestam seu sofrimento para criar abordagens eficazes que amenizem o sofrer e promovam a dignidade humana, com acesso amplo aos direitos fundamentais.

OBJETIVO

Identificar na literatura acadêmica aspectos sobre a manifestação do sofrimento nos corpos em situação de rua.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura, com base na pergunta norteadora: “Como o sofrimento se manifesta nos corpos em situação de rua?”. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, utilizando os descritores “sofrimento” e “pessoas em situação de rua” como estratégia de busca. Quanto aos critérios de elegibilidade, incluiu-se os artigos disponíveis na íntegra e com acesso livre, nos idiomas português e inglês, com resultados referentes ao Brasil e que utilizaram métodos de pesquisa qualitativos. Foram excluídos os estudos duplicados e aqueles que, apesar de conterem os descritores mencionados, não apresentaram conteúdo considerado relevante para a pesquisa. Não foi realizada filtragem temporal para mapear integralmente o estado da arte. A seleção da amostra foi

1 Universidade de São Paulo. E-mail: gabrielviniciusreis@usp.br

feita de forma independente por dois pesquisadores, que inicialmente leram os títulos e resumos dos artigos recuperados para verificar sua pertinência à pergunta de pesquisa. Após essa exclusão, os estudos selecionados foram analisados integralmente.

RESULTADOS

Foram localizados 234 estudos nas bases de dados. Destes, 26 excluídos por serem duplicatas. Após triagem minuciosa, elegeu-se 9 publicações como amostra desta revisão. Constatou-se que boa parte dos estudos trazem o sofrimento já categorizado no próprio objeto de pesquisa, sem o foco de compreender o sofrer pela ótica dos atores sociais, ou mencionam o sofrimento de maneira secundária. Identificou-se a percepção de sofrer com o fato de recorrer ao lixo para saciar a fome [3], o acesso quase inexistente à água potável, banheiro e saneamento básico [2], a vergonha pela fragilidade dos vínculos familiares, a discriminação e o estigma, constantemente com o sentimento de derrota [1], o uso abusivo de substâncias psicoativas como álcool e crack, mesmo utilizando esses recursos como estratégias de sobrevivência nas ruas para a fome, o frio e para suportar condições precárias de vida e de exclusão social [4]. A literatura aponta que as manifestações do sofrimento nos corpos em situação de rua têm multidimensionalidade e estão relacionadas com o uso de substâncias psicoativas e as condições de vida. Uma etnografia em Porto Alegre constatou uma cultura da rua e o exacerbado sofrimento dessas pessoas, que ao mesmo tempo indica um modo de vida em resistência, a partir de significados e identidades que as fortalecem e as transformam em sobreviventes [4]. O sofrimento e a violência são evidenciados nos corpos das mulheres em situação de rua pela fragilidade, constantemente com receio de serem violadas sexualmente ou torturadas. Observou-se o sofrimento pelo impasse entre a idealização da maternidade e a realidade vivida pelo afastamento dos filhos, bem como os esforços para reverter esta situação [5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados apontam que as narrativas do sofrer pelos sobreviventes da rua trazem diversas perspectivas relacionadas ao contexto social, envolvendo uso de substâncias psicoativas, traumas ao longo da vida, falta de acesso aos espaços urbanos, dificuldades para realização de necessidades básicas, e o estigma. Nenhum estudo teve como objeto de pesquisa o entendimento da manifestação do sofrimento de maneira exclusiva, sendo este problema ainda uma lacuna na literatura; dados produzidos sobre a manifestação do sofrimento poderão fomentar resultados diferentes desses aqui mencionados e/ou mais aprofundados.

REFERÊNCIAS

- [1] Andrade LP, Costa SL da, Marquetti FC. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos. Saude soc. 2014;23(4):1248–61.
- [2] Neves S P, Martins GI, Heller L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. Cad Saúde Pública. 2018;34(3):e00024017.
- [3] Duarte MB do C, Brisola EMA, Rodrigues AM. População em situação de rua: representações sociais sobre o comer e a comida. Estud. Interdiscip. Psicol. 2021;12(2):57-74.
- [4] Silva AB da, et al. Desvelando a cultura, o estigma e a droga enquanto estilo de vida na vivência de pessoas em situação de rua. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(10):3713–21.
- [5] Sanchotene IP, Antoni C, Munhós AAR. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. Textos Contextos. 2019;18(1):146-60.

O USO DAS MÍDIAS SOCIAIS COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANSEXUAL -RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dayanne Lima Silva Santos¹

Cristiane Maria Amorim Costa

Emerson Kailan dos Santos

Julia Leyse Abrahão da Silva

Maria Eduarda de Oliveira Abackerli Miranda

Roberta Ribeiro Loureiro Pinto

Vinicius Ferreira Beserra

Vivian da Rocha Mendes Cortinhas

Wesley Custódio da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Por conta da falta de capacitação dos profissionais de saúde e da escassez de políticas públicas, as pessoas transexuais têm o seu acesso ao Sistema Único de Saúde dificultado, sendo privados de receber uma assistência justa e tendo suas demandas ignoradas. [1] Nesse cenário, considerando a necessidade de capacitação de profissionais de saúde no tocante à saúde transexual, é necessário que haja um espaço para propagação de educação em saúde a respeito das demandas da população transexual no SUS. Nesse sentido, durante a pandemia da COVID-19 e o crescimento do uso das redes sociais, o projeto de extensão Atenção Integral à Saúde LGBT- Construindo Espaços de Cuidado de Enfermagem aos Transexuais passou a utilizar a internet como ferramenta de educação em saúde acerca da saúde de pacientes transexuais SUS. Através de transmissões ao vivo no Youtube e de postagens no Instagram, o projeto busca divulgar informação a respeito das demandas da população transexual na saúde pública de forma a contribuir para a formação de futuros profissionais de enfermagem, de modo que os mesmos possam contribuir para o acolhimento e assistência de pacientes transexuais de forma justa e equitativa.

OBJETIVO

Este trabalho é composto por um relato de experiência que tem como objetivo apresentar e analisar a importância do uso das redes sociais e do YouTube como ferramentas na disseminação de educação em saúde a respeito das demandas da população transexual na saúde pública, através do relato das ações realizadas pelo projeto de extensão Atenção Integral à Saúde LGBT–Construindo Espaços de Cuidado de Enfermagem aos Transexuais.

METODOLOGIA

Dentre as ações realizadas pelo projeto Atenção Integral à Saúde LGBT–Construindo Espaços de Cuidado de Enfermagem aos Transexuais, está a criação de conteúdo educativo para o Instagram

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: dayannedlss@gmail.com

que busca fomentar a discussão e a sensibilização acerca de assuntos cruciais para a comunidade LGBTQIA +. Algumas dessas postagens tratam questões como, a importância do respeito ao uso do nome social em estabelecimentos de saúde, forçando o respeito à identidade de gênero dos pacientes, a importância da prevenção e o cuidado contra o HIV e o uso da PrEP (profilaxia pré-exposição) e da PEP (profilaxia pós-exposição), assim como formas de se acessá-los, e sua relevância para a saúde pessoas transexuais, visto que, muitas vezes, encontram obstáculos para obter esses tratamentos. O projeto também abordou a prevenção do câncer de mama na população trans feminina e masculina, cujas campanhas são voltadas principalmente para mulheres cis, abordou a gestação de homens transexuais e os desafios e preconceitos vividos por eles nos serviços de saúde ao longo da gestação. Outro ponto considerado foi a assistência de enfermagem na atenção secundária à população transexual, destacando a importância de práticas receptivas e inclusivas para oferecer um cuidado mais humanizado e especializado. A comunidade transexual lida com desafios únicos, como o estigma, a marginalização social e o preconceito no sistema único de saúde, além das demandas particulares ligadas ao uso de hormônios, cirurgia de redesignação sexual e suporte psicológico (Baccarim, 2022). Visando combater as barreiras, o projeto promoveu eventos e transmissões ao vivo no YouTube com a finalidade de informar e instruir acerca de assuntos cruciais para a comunidade transexual. Nos últimos cinco anos o projeto já realizou quatorze transmissões ao vivo nas redes sociais com foco nas demandas de saúde da população transexual. Dos eventos realizados pelo projeto destacam-se a live sobre a despatologização da transexualidade, abordando esse processo desde a retirada dos termos patologizadores utilizados para identificar identidades trans no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) e no Código internacional de doenças (CID) até a criação de ambulatórios especializados em saúde trans e a implantação do processo transexualizador como serviço oferecido pelo SUS [1]. A realização de um evento online intitulado “O uso da pulseira de identificação e o direito ao uso do nome social em unidades de saúde” em uma live onde foi discutido a respeito da sensibilização acerca do rastreamento e prevenção do câncer de próstata em mulheres transexuais, um assunto que não recebe a devida atenção pelos profissionais de saúde. Através das discussões realizadas através desses eventos, o projeto tem desempenhado um papel crucial na promoção da inclusão, respeito e reconhecimento dos direitos das pessoas trans no âmbito da saúde e da sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Dessa forma, o projeto de extensão demonstrou um impacto significativo na promoção da inclusão e do respeito à população transexual, abordando temas essenciais para a garantia de direitos e a melhoria do acesso à saúde. Por meio da criação de conteúdos educativos e eventos informativos, tanto pelo Youtube quanto pelo Instagram, o projeto fortalece a luta por um sistema de saúde mais inclusivo e livre de preconceitos, reafirmando o compromisso com a equidade e o respeito à diversidade de gênero. Seu trabalho evidencia que a informação de qualidade e a sensibilização são ferramentas potentes, reforçando a importância de um atendimento de enfermagem acolhedor e humanizado, essencial para romper barreiras e minimizar as iniquidades enfrentadas por pessoas trans.

REFERÊNCIAS

- [1] Costa GA, Magalhães KD. Impasses enfrentados pela pessoa transgênero no acesso aos serviços de saúde na atenção primária e as atribuições do enfermeiro: uma revisão integrativa. Rio Grande do Norte [Trabalho de Conclusão de Curso]. Centro Universitário do Rio Grande do Norte; 2024. Disponível em: <https://repositorio.unirn.edu.br/jspui/handle/123456789/884>.
- [2] Soares AJS, Silva KDM, Xavier IL, Medeiros AF, Souza MNA. Uso de Mídias Sociais Como Ferramenta Para a Educação Médica. Braz. J. Implantol. Health Sci. 2024;6(5):2183-206. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2203>.

OFICINA DE MÚSICA COMO PRÁXIS DESCOLONIZADORA? RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DISCENTES

Stephan Malta Oliveira¹

Lissa Leonor Chaves Carvalho

Danielle Fernanda da Silva

Maria Victoria Pessoa Leal

Ana Carolina de Freitas Melo

Milena Cardoso de Oliveira Rodrigues

Michelly Azeredo Nunes

Anna Beatriz Justen dos Santos

Isabella Quintiliano Moura

Lucas Pereira Jacques

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na apresentação de um projeto de extensão universitária, vinculado à Faculdade de Medicina de sua universidade de origem, englobando duas oficinas de música, uma voltada para crianças e outra para adolescentes com o que convencionou-se, em nossa cultura, chamar por autistas ou neurodivergentes, além de seus/suas familiares. O projeto inclui ainda um grupo de estudos realizado com os/as discentes participantes da ação bem como rodas de conversa com os/as familiares dos/as pacientes. A técnica das oficinas consiste na improvisação musical, isto é, no uso livre e improvisado dos instrumentos musicais por todos/as envolvidos/as e na interação musical, que consiste numa interação mediada pela expressão musical de cada participante. A ação tem se configurado enquanto um projeto de arte-cultura, que transcende o campo clínico-assistencial (1) e a busca exclusiva por efeitos terapêuticos, constituindo-se em uma práxis de produção de vida, sentido e encontros.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho consiste em mostrar como o projeto vem sendo construído enquanto uma possível práxis descolonizadora bem como apresentar alguns relatos de experiência feitos pelos/as discentes participantes acerca da ação.

METODOLOGIA

A metodologia é dividida em duas partes: a primeira se destina à revisão bibliográfica tipo narrativa mediante a seleção de textos que abordam os estudos descoloniais e a interface entre descolonialidade e saúde mental, enquanto a segunda diz respeito aos relatos de experiência feitos pelos/as discentes participantes. O método utilizado para a análise dos relatos foi a análise de conteúdo,

1

Universidade Federal Fluminense – stephanmoliveira@gmail.com

sendo construídas cinco categorias de análise, duas dentro do eixo temático relacionado à dimensão formativa–impacto transformador da práxis da Oficina; e modelo biomédico e pensamento crítico–e três relacionadas às dimensões clínica e ético-política do projeto–arte, acolhimento e potencial terapêutico; pessoas que não cabem em um diagnóstico; e uma clínica ético-política.

RESULTADOS

Os resultados da revisão bibliográfica mostram que a colonialidade segue ao colonialismo, se desdobrando nas colonialidades do poder, do saber (2)—que significa que as produções de conhecimento eurocêtricas, fundamentadas numa espécie de idolatria da razão, se apresentam como universais, deslegitimando produções do Sul Global – e do ser. A partir do pensamento transmoderno (3) e de frontera (4), há a possibilidade de se pensar a Oficina de Música como uma práxis descolonizadora. Tal qual a produção moderna-colonialista do racismo, as categorias nosológicas psiquiátricas são herdeiras das produções modernas do binômio normalidade/anormalidade e da ideia de doença mental. Trata-se de uma construção igualmente opressora com relação àquelas pessoas que não se enquadram nos cânones da racionalidade europeia. Deste modo, busca-se no Projeto de Extensão, problematizar a noção de autismo e outras categorias diagnósticas, tomando-as como socialmente construídas e não como tipos naturais. A segunda parte dos resultados diz respeito aos relatos discentes. Seguem ilustrações de algumas das narrativas: *“no projeto, aprendo justamente a questionar essa visão “patologizante” em relação à neurodiversidade e psiquiatria, uma reflexão que o curso nunca me estimulou a pensar”*; *“por muito tempo não colocamos o outro como centro de nossas ações, temos a tendência moderna-colonialista e capitalista de praticar saúde como um produto”*; *“Acredito no potencial terapêutico dos encontros, que acontece na construção de espaços de acolhimento e que proporcionam a possibilidade de conexão e criação”*; *O que menos importa na prática da oficina é o rótulo clínico, cada um é valorizado por sua singularidade”*.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Concluindo, há a necessidade de se problematizar cada vez mais, seja nos grupos de estudo, seja nas rodas de conversa, o quanto a psiquiatria, em sua busca idolátrica pela cientificidade (pelo logos da razão moderna), tem se constituído como uma práxis moral, com categorias diagnósticas de validade bastante questionável. Tem-se buscado ainda problematizar a hegemonia dos sistemas de classificação vigentes, apontando para a possibilidade de construção de novos sistemas de classificação, culturalmente sensíveis e vinculados às realidades locais. Por fim, tem havido com o Projeto, enquanto ação de arte-cultura que transcende o meramente clínico-terapêutico, a criação de conexões e vínculos significativos entre todos/as os/as participantes, no sentido de todxs se sentirem pertencentes ao clube das humanidades (5), seguindo-se a lógica do Bem Viver.

REFERÊNCIAS

- (1) Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Comunicação Saúde Educação*. 2017; 21(63): 763-74.
- (2) Quijano A. "Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina". In: Lander E. (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2005
- (3) Dussel E. "Europa, modernidade e eurocentrismo". In: Lander E. (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
- 4 Mignolo W. *Local Histories/Global Designs: Essays on the Coloniality of Power, Subaltern Knowledges and Border Thinking*. Princeton: Princeton University Press, 2012.
- 5 Krenak A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. 2ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

OLHAR PARA VER E NÃO REPRODUZIR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE BRANQUITUDE E RACISMO INSTITUCIONAL

Mariana Pessoa Bez¹

Ana Carolina Xavier Claro de Oliveira

Valéria Ferreira Romano

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A medicina, no Brasil, é branca – sejam suas cadeiras públicas ou privadas. A residência médica também não altera este padrão de declaração racial. (1) Residentes de medicina atuam em sua maior parte em serviços de saúde públicos, que atendem exclusivamente SUS (1). A população SUS-dependente (2), por sua vez, é a população preta e parda e de baixa renda, isto é, com renda mensal entre um quarto e meio salário mínimo. Esta relação mostra o retrato da medicina no SUS, que coincidiu com o meu retrato: a medicina de pessoas brancas para as pessoas pretas, pardas e de baixa renda. Durante a residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foram apresentados instrumentos teóricos e práticos que puderam elucidar a questão de raça/cor enquanto determinante de saúde, e apoiar-me na desconstrução de um exercício profissional baseado em colonialidade e em branquitude (3, 4), enquanto médica me especializando em um serviço público de saúde no território da favela mais negra do Rio de Janeiro, a comunidade do Jacarezinho (5). Os estudos antirracistas proporcionaram reconhecer um agravo de conhecer um jovem negro do meu território somente após ter se suicidado como um sintoma do racismo operado na sociedade moderno-colonial.

OBJETIVO

Compartilhar minha experiência em realizar estudos antirracistas durante a residência em Medicina de Família e Comunidade em um território de favela no município do Rio de Janeiro. Refletir sobre os impactos dos atravessamentos do racismo na maneira de relacionar-me com os usuários de um serviço de saúde pública.

METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo qualitativo (6) e consiste no relato de experiência (7) de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em uma Clínica da Família da Comunidade do Jacarezinho durante o período de março de 2023 a fevereiro de 2025. O estudo dispensa aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Foi escolhido por se realizar um trabalho qualitativo com o objetivo de compartilhar minha experiência de forma a colocar a ênfase no sujeito narrado e na subjetividade da narradora. O estudo qualitativo também possibilita que o

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: maripessoabez@gmail.com

conhecimento que se produziu por meio do compartilhamento de histórias e relatos sobre pessoas, entre pessoas, possa se consolidar através da escrita e ser transmitido (7).

RESULTADOS

Escrevo o conto “Carta de Apresentação”, em que narro a história de meu encontro com Rômulo*, jovem negro do meu território de abrangência que conheci apenas ao ter se suicidado em seu domicílio. Os estudos antirracistas apresentados ao longo da residência proporcionaram a construção do olhar que pudesse reconhecer este agravo de saúde mental como um sintoma do racismo estrutural e institucional. Os estudos, que se deram em nossos encontros teóricos, apresentaram os conceitos de modernidade/colonialidade e decolonialidade, trazendo entendimento ao cenário em que atuei. (3) O projeto e a imposição de violência presenciados diariamente no território de favela existem para a manutenção do poder do norte global, atualmente pulverizado, amparado na justificativa de promover a modernidade, mas em nome de enriquecer e manter os privilégios da hegemonia branca. (3) Os estudos sobre o “duplo fenômeno do racismo e do sexismo”, trabalho de Lelia Gonzalez (7), por sua vez, proporcionaram entendimento sobre as imagens de controle impostas à população negra. Estudos críticos à branquitude me proporcionaram reconhecer, enquanto pessoa que se declara branca, o “pacto narcísico da branquitude” (4) de forma que fossem pensadas estratégias pelo compromisso antirracista nos atendimentos, no espaço de saúde e entre a categoria médica. Por fim, pude reconhecer o racismo como importante causa de morbidade e mortalidade (9), sobretudo mental (10). Resgato o caso de Rômulo, jovem negro que nunca havia acessado o serviço de saúde mais próximo da sua casa antes de ser encontrado sem vida e questiono, com base nos estudos, quem ou o que teria lhe faltado ou falhado.

*Nome alterado para preservar sua identidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao longo de todo o meu processo de letramento racial para minha formação e construção dessa pesquisa, concluo que o racismo estrutural e institucional segue matando os jovens negros (10), ainda que essa violência se demonstre no simbolismo das barreiras de acesso e sofrimentos mentais gerados pelos processos de socialização das pessoas negras no nosso país. Os estudos antirracistas e críticos à branquitude vieram ao encontro da minha realidade enquanto residente na comunidade mais negra do município do Rio de Janeiro (5) e trouxeram sentido à prática e ao olhar que eu colocava sobre o território e sua população. Considero que a questão raça/cor deve ser levada em conta para a produção de saúde, e isso incluiu a raça/cor dos trabalhadores da saúde. O tema do racismo enquanto fator de iniquidades e adoecimento deve ser tratado em todos os espaços de produção de saúde, de forma que a educação dos profissionais esteja alinhada com o cuidado da população que mais é atendida pelo sistema público.

REFERÊNCIAS

- (1) Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM, Mota BMA, et al. Demografia médica no Brasil 2023. 6. ed. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023
- (2) IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- (3) Ballestrin L. América Latina e o giro decolonial. Rev Bras Cienc Polít. 2013;(11):89–117.
- (4) Bento MAS. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
- (5) Xavier ACCO, Machado JC. Formação médica em território violento: um relato de experiência da residência em medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ; 2017.
- (6) Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- (7) Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006;30:6–14.
- (8) Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Revista Ciências Sociais Hoje. Rio de Janeiro: Anpocs; 1984. p. 223–244.
- (9) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2017 [citado 2024 nov 8]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>
- (10) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros: 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E JOVENS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Tatiana Marques dos Santos¹

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas sobre Álcool e o Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil são discutidas desde a década de 1970 e encontram-se ainda em debate no país devido ao crescimento do uso de álcool e outras substâncias pela população, em especial, o público infantojuvenil. Torna-se importante, diante das especificidades de crianças e jovens, a discussão sobre o tema, dada a importância de garantir acesso e direitos básicos de saúde e segurança. A “Nova Política de Drogas” no Brasil, em 2019, passou a não contemplar a estratégia de Redução de Danos e trouxe uma perspectiva conservadora sobre o uso e consumo de substâncias lícitas e ilícitas. Considera-se um retrocesso diante das demandas e ações realizadas até então, acentuando a Contrarreforma Psiquiátrica e o desmantelamento do Sistema Único de Saúde^[1-2].

OBJETIVO

Diante disso, este trabalho teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico de como tem se dado a assistência em saúde mental para crianças e jovens que fazem uso de álcool e outras substâncias psicoativas a nível global.

METODOLOGIA

Para tanto, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, com técnica de coleta de dados, resultados e análise conforme as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)^[3], para levantamento de estudos publicados nos últimos cinco anos (2019 a 2024) sobre essa temática. Os descritores (DeCS) utilizados foram: “Crianças”, “Adolescentes”, “Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias”, “Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool”, “Serviços de Saúde Mental” e “Saúde Mental”, sendo realizada a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cuja abrangência suporta diferentes bases de dados. Os critérios de inclusão foram: ser um estudo a respeito da assistência em saúde mental para crianças e jovens que fazem uso de álcool e outras substâncias psicoativas; publicado nos últimos cinco anos; em idiomas inglês, espanhol, francês e português; disponibilizado na íntegra. Os critérios de exclusão foram: não cumprir todos os critérios de inclusão e ser artigo de revisão de literatura; ou não disponibilizado na íntegra de forma gratuita. A busca foi realizada no mês de julho de 2024 e atualizada em outubro do mesmo ano.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: tatianamarques.ufri@gmail.com

RESULTADOS

A partir da busca com os descritores e a base de dados selecionada, foram encontrados 280 artigos. Com a aplicação dos filtros e a leitura dos títulos, posteriormente, dos resumos e textos completos, tomando por base os critérios de inclusão e exclusão da amostra, foram verificadas 7 publicações. Observou-se que a maior parte dos artigos levantados não discorriam sobre a assistência em saúde mental para crianças e jovens que faziam uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Sendo incluídos apenas os que possibilitaram exemplos de assistência, evidenciando estudos internacionais, como Austrália, Equador, Turquia, Reino Unido, Estados Unidos e apenas um artigo sobre o Brasil. Diante da análise, considerou-se que o uso de álcool e outras substâncias se trata de um tema complexo e multifatorial, cujos fatores podem ser individuais, ambientais e sociais, com efeitos adversos potentes nos resultados sociais, emocionais, cognitivos, físicos e acadêmicos^[4,5]. Os resultados desta pesquisa corroboram dados estatísticos, como maior taxa de prevalência entre o sexo masculino e a faixa etária entre jovens, com uso de substâncias como álcool, cigarro e maconha, predominantemente. Ainda que os serviços fossem diferentes, as preocupações com a saúde pública, ampliação de suporte para os profissionais que trabalham com crianças e jovens, como educação permanente, se mostraram necessários.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os estudos analisados ainda se focam em um perfil epidemiológico sobre o uso de álcool e outras substâncias por crianças e jovens, pouco se debruçando sobre a assistência a essa população, além disso, há um forte tabu associado ao uso com relação a esses grupos, que precisa ser refletido. Somado a isso, observa-se que, no Brasil, foram verificados poucos estudos sobre a temática na base de dados pesquisada, sugerindo que há um “literatura cinza” sobre o tema que precisa ser investigada.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional de Drogas. Diário Oficial da União; 11 abr 2019.
- [2] Pereira NA, Silva ML, Matsukura TS. Adolescentes usuários de substâncias psicoativas: experiências e desafios durante a internação psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2023; 31(e3412):1-20.
- [3] Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8:102-6.
- [4] Wells M, et al. Predictors of alcohol and other drug treatment completion among young people accessing residential and community-based treatment: A retrospective analysis of routinely collected service data. Addiction. 2024;19(10):1813-25.
- [5] Gao CX, et al. Understanding the complexity, patterns, and correlates of alcohol and other substance use among young people seeking help for mental ill-health. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2023;58:1457-67.

OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Alcione de Carvalho Ferreira¹

Valéria Pereira Bastos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O artigo pretende analisar o acesso da População em Situação de Rua (PSR) aos direitos básicos e a atuação do assistente social na equipe Consultório na Rua (eCR), no acesso à cidadania por meio do relato de experiência na equipe Celso do Prado Vieira, na área programática 4.0 (Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Recreio dos Bandeirantes), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Enfatiza-se que, ao fazer um recorte dessa população heterogênea, identificamos que a maioria são homens adultos, negros, com baixa ou nenhuma escolaridade. São oriundos de territórios periféricos, fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, apresentam transtorno mental, possuem vínculos familiares fragilizados e se tornam vítimas de diversos tipos de violência.

Apresenta-se um desafio para o assistente social atuar com pessoas em situação de rua, que é garantir os direitos sociais e o acesso à cidadania a essas pessoas, devido ao preconceito e à discriminação resultantes de invisibilidade histórica e marginalização. Esse fato nos leva a refletir sobre o cuidado da saúde mental, física e social da população em situação de rua. [1]

OBJETIVO

O artigo tem como objetivo relatar uma experiência a partir da atuação da assistente social da equipe Consultório na Rua A.P4.0 e refletir sobre os desafios e possibilidades no cuidado às pessoas em situação de rua. Apresentar formas de acesso aos direitos sociais às pessoas em situação de rua; Explorar as possibilidades no cuidado humano às pessoas em situação de rua; Enfatizar o trabalho do assistente social na equipe do Consultório na Rua.

METODOLOGIA

Em 3 de outubro de 2023, ocorreu a primeira abordagem ao Sr. N.S.L., em seu local de permanência (um ponto de ônibus), no bairro da Freguesia, Jacarepaguá. O cenário indicava uma pessoa acumuladora e resistente à abordagem. Identificamos que ele não tinha documentos e nem benefícios sociais. Apresentou quadro de transtorno mental, necessitando da intervenção da psicóloga da equipe, para o atendimento inicial. Foram realizadas algumas abordagens, em todas ofertamos o acolhimento institucional, porém ele recusou sistematicamente.

Para assegurar o acesso à cidadania, iniciou-se a busca pela documentação básica. Primeiro, no cartório responsável pela emissão da segunda via da certidão de nascimento e, após todos os trâmites

1 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: as.alcionedecarvalho@gmail.com

realizados, o documento foi liberado. Assim, seguimos para a emissão da segunda via do documento de identidade. Acordamos em levá-lo ao DETRAN/RJ, entretanto, não conseguimos avançar, pois ele recusava a sair de seu local de permanência.

Diante disto, entramos em contato com o DETRAN/RJ em busca de outras possibilidades, considerando que o órgão emissor se desloca aos hospitais para a emissão de documentos de identidade aos pacientes internados, consideramos essa opção para o assistido. Após articular com o órgão emissor através de envio de ofício e contatos telefônicos, a solicitação foi aceita, com o pedido de acompanhamento da equipe psicossocial do Consultório na Rua 4.0, para garantir o êxito da atividade.

No dia 26 de abril de 2024, foi emitido o documento de identidade do Sr. N., em conjunto com a equipe do DETRAN/RJ, em seu local de permanência. As fases de registro fotográfico e coleta de impressão foram concluídas com sucesso. Logo após, conseguimos emitir toda a documentação básica do assistido.

Foram continuadas as abordagens junto à rede de saúde mental e socioassistencial do território, com foco na efetivação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para melhor intervenção e acompanhamento deste caso.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Concluimos que a atuação da equipe psicossocial da equipe Consultório na Rua- Celso do Prado Vieira, garantiu o acesso do assistido ao direito de sua documentação básica mesmo diante de sua complexidade, norteadas pelo princípio do respeito à dignidade da pessoa humana. [2]

A partir dessa análise, evidencia-se a importância do assistente social na equipe do Consultório na Rua, devido ao atendimento *in loco* e o intuito de promover e viabilizar o acesso às políticas públicas e novas possibilidades de trabalho. [3]

O entendimento deste estudo e as possibilidades de novos saberes poderão contribuir para a construção de novos projetos terapêuticos singulares e formas de atendimento para a efetivação da garantia dos direitos sociais para as pessoas em situação de rua.

REFERÊNCIAS

- [1] Iamamoto MV. O Serviço Social na cena contemporânea. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS; 2009. p. 16-50. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>.
- [2] Brasil. Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC Pop Rua). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14821-16-janeiro-2024-795258-publicacaooriginal-170865-pl.html>
- [3] SUBPAV. Diretrizes norteadoras das equipes de Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro. Carteira de Serviços APS, 2017-12. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/diretrizes_cnar_2017.pdf

OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE NA INTERSETORIALIDADE ENTRE SUS E SUAS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: UM ESTUDO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Geisa Santos Valbuza¹

Carolina Maia Martins Sales

Adriana Ilha da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil a persistência da tuberculose está diretamente relacionada às desigualdades socioeconômicas e à vulnerabilidade social. Na Grande Região Metropolitana de Vitória, a taxa de incidência de 36,8 casos por 100 mil habitantes em 2020 e 2022, continuando a ser uma preocupação relevante para a saúde pública local (1). Nesse contexto, a análise dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) é essencial para compreender a dinâmica da doença (2). Esses autores destacam que as condições socioeconômicas influenciam diretamente o controle da tuberculose. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) têm um papel crucial na Grande Região Metropolitana de Vitória, onde fatores como pobreza, precariedade habitacional e baixo nível educacional dificultam a adesão ao tratamento da tuberculose. Essas barreiras impactam diretamente a continuidade do cuidado, aumentando a vulnerabilidade dos pacientes. A segurança do paciente, definida como a prevenção de erros e a mitigação de danos evitáveis associados ao cuidado de saúde (3), desempenha um papel central no tratamento da tuberculose. A intersectorialidade entre o SUS e o SUAS emerge como uma estratégia crucial. A combinação de políticas de saúde e proteção social garante que pacientes vulneráveis recebam o suporte necessário para completar o tratamento de forma segura (4).

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo investigar de que forma os DSS influenciam a segurança do paciente no tratamento da tuberculose, com foco na intersectorialidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na Grande Região Metropolitana de Vitória. Busca analisar como essa intersectorialidade impacta a segurança do paciente, considerando as vulnerabilidades socioeconômicas que dificultam a adesão ao tratamento e comprometem os desfechos clínicos.

METODOLOGIA

Este estudo será de natureza qualitativa e exploratória, com o objetivo de investigar as percepções e experiências contextuais dos profissionais de saúde e gestores sobre a intersectorialidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no tratamento da

1

Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: geisavalbuza13@gmail.com

tuberculose. O foco será compreender como essa intersetorialidade influencia a segurança do paciente e a adesão ao tratamento, considerando o impacto nas experiências práticas e nos desfechos clínicos (5). A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir uma compreensão aprofundada dos fenômenos sociais e organizacionais envolvidos no tratamento da tuberculose. Esse método é preferível, pois capta as percepções e as experiências complexas dos profissionais e gestores, oferecendo insights que dificilmente seriam obtidos por abordagens quantitativas. O estudo busca explorar como a intersetorialidade entre o SUS e o SUAS afeta o tratamento, identificando lacunas, barreiras e oportunidades na integração dos serviços (5).

RESULTADOS

O problema central da pesquisa reside em compreender de que maneira as barreiras socioeconômicas, como a pobreza, o isolamento geográfico e o acesso limitado aos serviços de saúde que afetam a continuidade do tratamento da tuberculose. Além disso, pretende-se investigar como a cooperação entre o SUS e o SUAS pode mitigar esses fatores, oferecendo suporte social e ampliando as condições de segurança para o sucesso terapêutico dessas populações. A Grande Região Metropolitana de Vitória, no Estado do Espírito Santo, destaca-se como um contexto relevante para o estudo da tuberculose devido à combinação de alta vulnerabilidade socioeconômica e desafios epidemiológicos específicos. Fatores como elevados índices de pobreza, moradias inadequadas e o acesso limitado aos serviços de saúde aumentam a exposição ao bacilo da tuberculose e dificultam a adesão ao tratamento adequado (1). A intersetorialidade entre o SUS e o SUAS deverá impactar positivamente a adesão ao tratamento de tuberculose (TB), especialmente com o apoio social proporcionado por programas como Bolsa Família e Consultório na Rua. Com a redução das barreiras socioeconômicas que afetam diretamente a continuidade do tratamento, é esperado que menos pacientes desenvolvam formas resistentes da TB. Promovendo a redução de complicações, maior adesão ao tratamento e acesso contínuo aos cuidados. Estudos indicam que o apoio social pode reduzir significativamente o risco de resistência medicamentosa (6). Enfatiza-se a importância do acompanhamento pela equipe de atenção primária à saúde e da implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para assegurar a adesão e prevenir a ampliação da resistência aos antibióticos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Em regiões mais vulneráveis, como o Espírito Santo, o suporte integrado entre saúde e assistência social pode melhorar os resultados clínicos, como taxas de cura e redução da mortalidade entre pacientes com TB, assim como o fortalecimento da segurança do paciente. Os DSS são fatores determinantes que afetam diretamente os resultados clínicos. A superação dessas barreiras requer intervenções intersetoriais que combinem ações de saúde com políticas de proteção social. A intersetorialidade entre SUS e SUAS contribui para a redução das desigualdades em saúde, garantindo que populações vulneráveis tenham acesso a direitos fundamentais. Portanto, a articulação entre SUS e SUAS não apenas contribui para a adesão ao tratamento da TB, mas também fortalece a segurança do

paciente ao integrar dimensões clínicas, sociais e econômicas, enfrentando os desafios impostos pelos DSS e garantindo uma assistência integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Bol Epidemiol Tuberculose. Brasília, DF: MS; 2023.
- (2) Maciel EL, Reis-Santos B. Determinants of tuberculosis in Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(1):28-34.
- (3) WHO. Global patient safety action plan 2021-2030. Geneva: WHO; 2021.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle da tuberculose. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2019.
- (5) Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE; 2013.
- (6) Souza RR, Alberio CA. Adesão ao tratamento medicamentoso na TB multirresistente. Res Soc Dev. 2022;11(4): e6211428244.

OS IMPACTOS DO CASAMENTO INFANTIL NA SAÚDE FEMININA

Karen Victória de Souza Silva Salgado¹

Ana Maria Auler Matheus Peres

Júlia Aarão Lopes

Júlia Moraes Sobrinho

Maria Gabriela Soares Rodrigues

Rodilaine Santiago Muniz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca entender quais são os impactos físicos, psicológicos e sociais do casamento infantil na saúde pública, no sentido de contribuir para a formulação de políticas públicas que podem ser formuladas para mitigar esses efeitos. O casamento infantil refere-se a uma união, formal ou informal, em que pelo menos um dos envolvidos tem menos de 18 anos. Essa prática afeta mais crianças e adolescentes do sexo feminino em relação ao masculino, refletindo a desigualdade de gênero enraizada na sociedade¹, além disso, meninas costumam ter parceiros significativamente mais velhos, o que resulta em relações de poder desiguais, nas quais os homens exercem controle financeiro e social². Nesse sentido, essa dinâmica pode ser ocasionada por diferentes razões, como questões individuais, culturais e socioeconômicas³. O último aspecto mencionado se trata de um dos fatores estimulantes no caso de meninas provenientes de famílias que vivem condições precárias de sobrevivência.

Atualmente, o casamento infantil é encarado como uma violação dos direitos humanos e é considerado crime no Brasil. Esta criminalização por parte da legislação brasileira aponta para um reconhecimento de que há impactos negativos na vida das menores envolvidas³, por exemplo, relacionam o casamento infantil à danos na saúde mental, à violência de gênero e à gravidez na adolescência.

Nesse sentido, a Lei 13.811/2019 instituiu a Política Nacional de Combate ao Casamento Infantil, tendo como principal objetivo evitar a continuidade dessa união no país, por meio de ações educativas e de proteção às crianças e adolescentes⁴.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é analisar os impactos ocasionados pelo casamento infantil na saúde feminina, podendo envolver o desenvolvimento de consequências a longo prazo na vida da criança ou adolescente que vivenciou essa experiência.

METODOLOGIA

A metodologia do trabalho buscou fazer uma revisão bibliográfica em diálogo com dados gerados sobre o casamento infantil, em especial no Brasil. Optou-se por buscar como fontes instituições que

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: karenacad.pesquisa@gmail.com

percebem o casamento infantil como uma problemática social que deve ser combatida. A metodologia permitiu uma análise abrangente das repercussões dessa prática, ajudando a entender seus efeitos físicos e emocionais e fornecendo dados essenciais para políticas públicas que busquem erradicar essa violação de direitos.

Assim, os dados do estudo foram coletados nos portais da Unicef e “Plan International Brasil”. Informações adicionais vieram da plataforma do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania⁵, vinculado ao governo federal, e do Observatório Nacional dos Direitos Humanos, focando nas notificações de violência contra crianças e adolescentes. A análise abrangeu notificações de 2013 a 2022, com ênfase em 2022, visando entender as violações de direitos no contexto do casamento infantil. Esse processo revelou tendências e impactos ao longo dos anos. Além disso, foram selecionados dois artigos: um no Google Acadêmico e outro na plataforma PubMed, sendo este último escolhido entre cinco relevantes de um total de 128. Apenas um artigo se alinhou ao foco da pesquisa, explorando os efeitos fisiológicos e psicológicos do casamento infantil.

Torna-se válido mencionar que o objetivo da coleta desses dados é analisar os cenários aos quais crianças e adolescentes do sexo feminino são submetidas quando vivenciam a realidade do casamento infantil.

RESULTADOS

O casamento infantil, prática reconhecida como uma violação dos direitos humanos, apresenta consequências para os envolvidos, especialmente as mulheres menores de idade. De acordo com a UNICEF¹, uma em cada cinco meninas no mundo enfrenta essa realidade. Esse fenômeno, frequentemente associado a contextos de pobreza e desigualdade de gênero, perpetua ciclos de exclusão e violência. No Brasil, o casamento infantil atinge 36% das meninas antes dos 18 anos, colocando o país em posição alarmante no contexto global.

Entre os principais impactos do casamento infantil, a violência doméstica se destaca como uma consequência significativa. Relatórios do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania⁵ revelam que, no ano de 2022, 1,82% dos casos de violência contra crianças e adolescentes foram perpetrados por cônjuges ou ex-cônjuges. Esses dados evidenciam a vulnerabilidade das meninas que vivem em casamentos precoces, expostas a relações marcadas por desigualdade de poder e risco constante de agressões.

Além disso, a saúde física e mental dessas meninas é gravemente afetada. A alta prevalência de gravidez precoce em condições inadequadas aumenta os riscos de complicações obstétricas e mortalidade materna. Problemas emocionais, como ansiedade e depressão, também são comuns devido ao isolamento social e à restrição de sua liberdade individual³.

No âmbito educacional, a evasão escolar é outro fator crítico. Muitas meninas abandonam os estudos para assumirem os papéis de cuidadoras e esposas, o que limita a sua autonomia e perpetua

ciclos de pobreza. As normas culturais que sustentam essa prática refletem uma desigualdade estrutural, em que o papel da mulher é reduzido à submissão em relação às imposições de seu marido³.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O casamento infantil apresenta riscos à saúde da mulher, especialmente devido à alta incidência de gravidez na adolescência. Esse contexto, aumenta as chances de complicações obstétricas, além de elevar a mortalidade materna. Diante de dados alarmantes, torna-se essencial garantir que todas as meninas tenham acesso a serviços de saúde e educação de qualidade. Além disso, é fundamental que sejam informadas de seus direitos enquanto mulheres, sobretudo aquelas que vivem à mercê da vulnerabilidade.

Ademais, o casamento infantil também resulta em evasão escolar, perpetuação da pobreza, isolamento social e maior vulnerabilidade à violência doméstica. Além dos danos físicos, as meninas enfrentam impactos psicológicos, como ansiedade e depressão, devido às relações desiguais e à falta de autonomia. Portanto, é essencial adotar medidas que garantam educação, proteção e suporte social, prevenindo essa prática e seus efeitos nocivos.

Portanto, combater o casamento infantil exige esforços multifacetados, incluindo políticas públicas robustas, educação em direitos humanos e empoderamento das meninas. Nesse sentido, torna-se essencial promover a conscientização sobre os danos irreparáveis dessa prática, destacando a necessidade de garantir acesso à saúde, educação e oportunidades que respeitem a dignidade e o potencial das meninas.

REFERÊNCIAS

- (1) UNICEF. Child marriage. Disponível em: https://www.unicef.org/protection/child_marriage.
- (2) Taylor A, Lauro G, Segundo M, Greene M. "Ela vai no meu barco": casamento na infância e adolescência no Brasil. Rio de Janeiro; Washington DC: Instituto Promundo; PromundoUS; 2015.
- (3) Alencar KG; Amaro RP. Uma Análise Normativa Do Casamento Infantil No Brasil. Revista Jurídica Do MPAC. 2021;1(1):137-160.
- (4) Brasil. Lei nº 13.811, de 12 de março de 2019. Altera o Código Civil para vedar a concessão de autorização para casamento infantil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 mar. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13811.htm.
- (5) Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br>.

PANORAMA DE NOTIFICAÇÕES DOS TRANSTORNOS MENTAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE DO BRASIL: UMA ANÁLISE TEMPORAL PRÉ E PÓS PANDEMIA DA COVID-19

Josley Santana Nunes¹

Isadora Reis de Jesus Santos

Michelle de Santana Araújo

Rebeca Santana Borges

Robert Santos Da França

Camila Barreto Bonfim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde mental no trabalho tem ganhado destaque devido ao impacto na produtividade e bem-estar. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), [1] a influência abrange fatores individuais, sociais, culturais, econômicos, ambientais e o trabalho. A carreira pode promover saúde ou, ao contrário, ser um risco para o adoecimento mental. [2] No Brasil, entre 2006 e 2017, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 8.474 notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho. [3] A pandemia de Covid-19 trouxe ainda mais agravamento a este quadro, estes profissionais tiveram que lidar com situações como medo, insegurança, adoecimento psíquico e estresse no enfrentamento da pandemia. [4]

Além disso, estes profissionais são atravessados pelo racismo, LGBT+fobia e sexismo, agravando ainda mais a saúde mental. [5] Para reforçar a vigilância e prevenção, os transtornos mentais passaram a ser de notificação obrigatória no SINAN a partir de agosto de 2024, [3] permitindo maior controle e desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde mental dos trabalhadores. Diante deste cenário, a saúde mental de profissionais de saúde está sendo abordada em um Pet-Saúde desenvolvido pela Universidade do Estado da Bahia. Ao trabalhar essa temática, busca-se impactos positivos na qualidade do trabalho em saúde e na construção de ambientes mais inclusivos e equitativos.

OBJETIVO

Descrever o panorama de notificações de transtornos mentais entre trabalhadores da saúde no Brasil, analisando a distribuição desses eventos por total e por região do Brasil, considerando um recorte temporal pré e pós-pandemia da COVID-19 (2018 a 2024).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico descritivo que analisou notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho de profissionais de saúde no Brasil. Os dados foram coletados do Sistema de

1 Universidade do Estado da Bahia. E-mail: Josleynnunes@gmail.com

Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerando os anos de 2018 a 2024, a partir do registro feito na ficha de notificação. Além disso, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para identificação do total de profissionais de saúde cadastrados no período. Considerou-se transtorno mental relacionado ao trabalho o capítulo F da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Todos os profissionais de saúde notificados no SINAN por transtornos mentais foram incluídos. Os dados foram extraídos do Datasus e organizados em planilhas no software Microsoft Excel e analisados de forma descritiva. As notificações foram estratificadas por ano e região geográfica. Também foi calculada a prevalência de transtornos mentais, dividindo-se o número de casos notificados pelo total de profissionais de saúde cadastrados no CNES e multiplicando-se o resultado por 100.

RESULTADOS

As notificações por transtornos mentais de profissionais de saúde apresentaram variações consideráveis ao longo dos anos. Observou-se um crescimento irregular no total de casos, mas com um pico em 2023.

Em 2018, houve 1.816 notificações, aumentando para 2.379 em 2019. Entretanto, em 2020, houve uma queda significativa, com 1.351 registros. Nos anos seguintes, as notificações voltaram a subir, alcançando 1.816 em 2021, 2.535 em 2022 e um acréscimo expressivo para 3.835 em 2023. Em 2024, registrou-se uma leve redução, totalizando 2.888 afastamentos.

A análise da prevalência ao longo dos anos revela uma tendência oscilante. Nota-se um crescimento entre 2018 e 2019, seguido de uma retração em 2020, seguida de um avanço entre 2021 e 2023, atingindo seu ápice no último ano citado. Em 2024, verifica-se uma nova queda na taxa de afastamentos.

A distribuição por regiões também apresentou variações marcantes. O Norte manteve uma trajetória mais estável, com oscilações moderadas ao longo dos anos. No Nordeste, o crescimento ocorreu de forma gradual, com picos em períodos específicos. O Sudoeste seguiu uma tendência semelhante às demais áreas, com momentos de alta e baixa distribuição do tempo. A região Sul experimentou um aumento expressivo em determinado momento, seguido de uma queda acentuada. Já o Centro-Oeste, registrou um avanço abrupto em 2024, tornando-se a região com a maior prevalência de afastamentos nesse período.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

De modo geral, verificou-se que o período posterior a pandemia revelou um acréscimo importante na taxa de notificações, o que evidencia que a saúde mental dos profissionais de saúde foi seriamente afetada pela pandemia. A redução de notificações durante o período pandêmico pode refletir um problema de subnotificação que também ocorreu com outros dados administrativos em

saúde. Compreender os fatores que levaram ao aumento dessas notificações é crucial para pensarmos em políticas públicas que foquem na saúde mental do profissional de saúde. Programas de extensão universitária como o Pet-Saúde podem contribuir para a identificação, prevenção e intervenção na saúde mental desses profissionais, evidenciando o papel de responsabilidade social que a universidade deve ter. Ressalta-se a importância de continuar essa investigação, especialmente após o ano de 2024 quando essas notificações passaram a ser obrigatórias.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020. 2013 [acesso em 2025 fev 21]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf
- [2] Leão LHC, et al. Cadeias produtivas e a vigilância em saúde, trabalho e ambiente. Revista Saúde e Sociedade. 2015; 24; 1232-1243.
- [3] Boletim Epidemiológico Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador [Internet]. [Acesso em 2021 Nov 6]. Disponível em: <http://www.ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2019/07/Transtornos-Mentais-Relacionados-ao-Trabalho-no-Brasil.pdf>
- [4] Câmara BA. Saúde mental na atenção primária de saúde: uma visão de profissionais da enfermagem durante a pandemia da Covid-19. Maranhão: Universidade estadual do Maranhão, 2023.
- [5] Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro). Discriminação e preconceito no ambiente de trabalho podem impactar na saúde mental dos profissionais afetados [Internet]. Fundacentro. 2023 Jun. [acesso em 2025 mar 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2023/junho/discriminacao-e-preconceito-no-ambiente-de-trabalho-podem-impactar-na-saude-mental-dos-profissionais-afetados>.

PENSANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE COM PESSOAS TRANS: OFICINA REALIZADA NO WORKSHOP DA REDE TRANS BRASIL

Demétrio de Lacerda Caetano dos Santos¹

Andrey Roosevelt Chagas Lemos

André Luiz Dutra Fenner

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população trans no Brasil vivencia múltiplas formas de exclusão social que se refletem diretamente em sua qualidade de vida, acesso a direitos e condições de saúde. A transfobia manifesta-se de forma transversal nas instituições sociais, e no sistema de saúde, onde o preconceito, a desinformação e a negligência ainda são obstáculos ao cuidado integral. O acesso e a permanência de pessoas trans e travestis no Sistema Único de Saúde são marcados por barreiras institucionais e culturais, que incluem desde o não reconhecimento da identidade de gênero até a recusa explícita no atendimento. Além disso, os determinantes sociais da saúde impactam negativamente essa população, aprofundando vulnerabilidades já existentes. A ausência de políticas públicas efetivas, bem como a falta de preparo dos profissionais de saúde, contribui para a marginalização da população nos serviços. Tal realidade gera desconfiança e afastamento dos usuários dos equipamentos públicos de saúde, comprometendo a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento de agravos. Importante destacar, nesse íterim, a instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde que traz o direito a diversidade e a felicidade em seu texto e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais que trata do cuidado integral. (1-4)

OBJETIVO

Contribuir para a reflexão sobre a promoção da saúde para pessoas travestis, transexuais e transmasculines, identificando suas demandas de saúde para propor ações de formação de profissionais de saúde e de lideranças comunitárias para a promoção e territórios saudáveis na promoção de cuidado da população trans.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a oficina realizada com 20 participantes da diretoria da Rede Trans Brasil, organização da sociedade civil que busca promover direitos e inclusão social da população trans. Participaram representantes de todas as regiões do Brasil, incluindo mulheres e homens trans, com predomínio de mulheres. A oficina aconteceu em Niterói/RJ, em dezembro de 2024 e foi conduzida por um dos autores desse trabalho. Para iniciar a discussão foi realizada uma breve explanação sobre a promoção de saúde e os determinantes sociais e passou-se a palavra aos participantes para que

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: demehpsico@gmail.com

trouxessem livremente as suas inquietações, reflexões e demandas no concernente a saúde. Foi solicitado o consentimento dos participantes para a gravação da voz e da imagem e informado que os resultados seriam utilizados para a produção de materiais de formação, pesquisa e comunicação de profissionais de saúde e lideranças comunitárias.

As falas foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo, com a proposição de categorias temáticas. (5)

A oficina foi desenvolvida no Projeto Territórios Saudáveis e Sustentáveis na Promoção do Cuidado: abordagem interseccional e intersetorial na Promoção da Saúde, realizado pela Fiocruz, com financiamento do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Promoção da Equidade em Saúde—Enfrentamento das desigualdades que marginalizam a população trans, construção de políticas públicas que considerem as especificidades, necessidade de fortalecer a Política LGBT e a participação social. Formação Permanente de Profissionais de Saúde—Falta de preparo dos profissionais no acolhimento, proposta de formação permanente para desconstruir preconceitos e melhorar a qualidade do atendimento. A negligência na formação é uma forma de exclusão. A transfobia é uma barreira ao sistema; Descentralização dos Serviços de Saúde—ampliação de ambulatorios trans para cidades do interior e necessidade de fortalecer a APS para reduzir barreiras de acesso. Saúde Mental da População Trans—Alta prevalência de depressão, e suicídio—impactos da exclusão social, do machismo e das violências. Atendimentos psicológicos e uso de terapias alternativas; Envelhecimento—Desafios relacionados a doenças crônicas e à exclusão social. Requer políticas que combinem atenção à saúde física, mental e apoio social e criação de condições para que essas pessoas tenham uma vida digna na velhice. Desigualdades de acesso a direitos incidem na Saúde—Relação entre saúde e condições de vida, como emprego, alimentação e habitação e desigualdades estruturais na saúde da população trans. Políticas intersetoriais são fundamentais para garantir o bem-estar dessa população; Produção de Conhecimento e Pesquisa—Necessidade de estudos específicos sobre a população trans no Brasil e de dados oficiais; Propostas e Boas Práticas—Criação de materiais educativos e comunicação inclusiva, mobilização de lideranças comunitárias para fortalecer as ações em saúde e produção de conhecimento aparecem como estratégias-chave para alcançar resultados sustentáveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A escuta ativa e a inclusão da população trans nos espaços de decisão e de formulação de políticas são fundamentais para avançar na garantia de direitos, proporcionar acesso ao sistema e atendimento efetivo, personalizado e oportuno as suas demandas. Ações de promoção da saúde devem considerar os determinantes sociais que atravessam essas vidas e incluir estratégias de educação em saúde, fortalecimento da autoestima, cuidado em saúde mental, combate à exclusão e as diversas violências. A intersetorialidade, a sensibilização e formação de profissionais e de lideranças comunitárias, bem como

a descentralização dos serviços são caminhos essenciais para avançar. Ouvir as populações interessadas, entender os contextos e as demandas é fundamental para pensar o cuidado em saúde. A Fiocruz, dessa forma, reafirma o compromisso com a produção de conhecimento ancorada nas vivências e no diálogo com os movimentos sociais e produz sujeitos políticos implicados com a melhoria do SUS e da sociedade.

REFERÊNCIAS

- (1) Barbosa DJ *et al.* Barreiras do acesso à saúde e vulnerabilidade da população trans. Rev Direitos e Sociedade. 2023.
- (2) Briolo R, Jesus JG. Acesso e Permanência de Pessoas Trans e Travestis ao Sistema Único de Saúde: uma Revisão Integrativa. Cad Gênero Diversidade. 2022.
- (3) Rodrigues LP. Resiliência na população transgênero: uma revisão sistemática. UFSM; 2021.
- (4) Monteiro JA. A população de transexuais e transgêneros frente aos direitos sociais no Brasil. Rev Científica UBM. 2022.
- (5) Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. Enferm. 2004;57(5):611-614.

PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES NA PESQUISA COM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Davi Silveira Martins¹

Gabriella Silva Rodrigues

Laura Almeida Oliveira

Anna Júlia de Oliveira Silva

Clarissa Campos Barbosa de Castro

Lorena Rocha Ayres

Carina Carvalho Silvestre

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população privada de liberdade enfrenta questões relacionadas à vulnerabilidade social, caracterizadas pelo acesso restrito a bens e serviços essenciais. Frequentemente, essa população é mantida em sistemas prisionais que apresentam condições desfavoráveis de habitação e de acesso a serviços de saúde. [1] Nesse cenário, observa-se uma maior prevalência de agravos psicossociais entre mulheres em comparação aos homens privados de liberdade. Diante disso, torna-se fundamental a adoção de medidas sensíveis às questões de gênero, a fim de garantir uma atenção em saúde digna. [2] Sob essa ótica, destaca-se a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), uma entidade sem fins lucrativos que busca minimizar os principais agravantes do cárcere dada a sua abordagem mais humana e acolhedora. O modelo de gestão da APAC é centrado na ressocialização, garantindo as recuperandas direito ao estudo, ao trabalho e à espiritualidade, em um ambiente sem a presença de agentes penitenciários armados. [3]

OBJETIVO

Compartilhar a experiência de estudantes de graduação no desenvolvimento de atividades de pesquisa com mulheres privadas de liberdade de uma APAC e refletir acerca dos principais aprendizados, dilemas e impactos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, sob a perspectiva de três estudantes de graduação em Medicina, acerca de sua participação nas atividades de um projeto de pesquisa de Doutorado intitulado “Implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico para pessoas privadas de liberdade”. A pesquisa está em desenvolvimento e se encontra na etapa de investigação do itinerário terapêutico das mulheres privadas de liberdade da APAC–Unidade Feminina, no município de Governador Valadares, Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais e observação

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: davi.silveira@estudante.ufjf.br

participante entre dezembro de 2024 e março de 2025, os quais foram acompanhados na sua totalidade pelos estudantes. Foram incluídas no estudo todas as mulheres privadas de liberdade, denominadas na APAC de “recuperandas”, que estavam em uso de medicamentos e que concordaram em participar da pesquisa. E excluídas as mulheres que não faziam uso de medicamentos e que receberam alvará de soltura durante o desenvolvimento do estudo. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob número de CAAE 68849923.7.0000.5147. Foram entrevistadas cinco recuperandas que tinham entre 29 e 74 anos, sendo que duas se identificavam como pardas, duas brancas e uma amarela. Quatro estavam no regime fechado e uma no regime semi-aberto. Em relação às respostas nas entrevistas, foi perceptível para os estudantes, através da expressão facial, lágrimas e mudança do tom de voz, o compartilhamento do sentimento de culpa, intensificado, muitas vezes, pelo abandono familiar. Essa ausência de afeto, somado ao contexto de privação, contribuiu para a perda de autoestima e da sensação de feminilidade, observada, principalmente, entre as recuperandas do sistema fechado. Além disso, alguns pontos de profunda mudança, relatados a partir da transferência do sistema tradicional para a APAC, referem-se à redução do uso de medicamentos, sobretudo ansiolíticos e antidepressivos, e à maior humanização do tratamento e das condutas. Ao refletir sobre o atendimento em saúde nos ambientes carcerários tradicionais, observa-se a predominância de um modelo punitivo e desumanizado, que pouco contribui para a ressocialização. Nesse contexto, em que há a vigência de um ambiente hostil, a população carcerária recorre, cada vez mais, ao uso de fármacos psicotrópicos, se “dopando”, como forma de “passar o tempo” revelando uma lógica de medicalização da dor e sofrimento psíquico. Além disso, também foi destaque a percepção do valor dado ao medicamento, durante o aprisionamento no sistema tradicional, o qual pode ser trocado por itens básicos, como comida, sabão e xampu. Isso indica que a busca por medicamentos nem sempre está relacionada a uma real necessidade clínica, mas sim uma tentativa de suprir carências materiais e conseguir privilégios que outrora não teriam acesso. Outro ponto crítico a se destacar é o atendimento médico nas unidades de saúde por meio do sistema tradicional, o qual ocorre usando as roupas do presídio e com algemas, de modo a criar um cenário em que estigmas são reforçados e limita o estabelecimento de vínculo entre o médico e a recuperanda. Por fim, a vivência na APAC, ambiente ainda repleto de estigmas, possibilitou a ampliação do olhar dos estudantes sobre o tópico, a revisão de preconceitos e compreensão, com empatia, que todo indivíduo deve ter acesso à saúde de forma digna, respeitosa e centrada na recuperação de sua humanidade e autonomia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência no acompanhamento das atividades de pesquisa proporcionou reflexões sobre como a APAC, em comparação ao modelo carcerário tradicional, pode despontar como um importante instrumento para mitigar iniquidades em saúde entre indivíduos privados de liberdade, em especial, as mulheres. Isso se dá particularmente pela promoção da autonomia por meio de uma linguagem aberta, acolhedora e centrada no cuidado que enxerga o indivíduo privado de liberdade como alguém a ser ressocializado e não mais um número em uma cela, como no sistema tradicional. Nesse cenário, o

serviço de acompanhamento farmacoterapêutico surge como uma alternativa adicional que possibilita identificar e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos, otimizar a farmacoterapia e promover uma assistência à saúde mais integral. Assim, espera-se que, com a implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, o cuidado possa ser otimizado, garantido às direito e um atendimento mais justo e efetivo.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva Brito T. A Superlotação e as Condições Desumanas nas Prisões Brasileiras. Veritas. 2024;5(3):2128-45. Disponível em: <https://revistaveritas.org/index.php/veritas/article/view/352>
- [2] Braga G de B, Tavares DH, Herreira LF, Jardim VM da R, Franchini B. Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro: uma revisão de literatura. SANARE. 2021; 20 (1). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1556>
- [3] Santos L, Ferreira V, Sabatiello J. APAC: a humanização do sistema prisional Sistematização de processos e fundamentos jurídico-metodológicos que embasam a expansão do método como política pública no Brasil Coordenação e Organização. Belo Horizonte; 2018.

PERCEPÇÕES DO ESTRESSE PELA EQUIPE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: É PRECISO CUIDAR DE QUEM CUIDA

Elisabete Correa Vallois¹

Rose Rosa May Costa Rosa Andrade Silva

Eliane Ramos Pereira

Rita de Cassia Ferreira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Residência em saúde é caracterizada pelo ensino e pela formação em serviço. Valoriza-se importância da integração entre as diversas áreas de atuação para o desenvolvimento da assistência hospitalar, de forma multiprofissional. A atividade do residente apresenta sua peculiaridade, ora são cobrados como alunos ora como profissionais, essa indefinição do papel profissional e a grande carga de horário de trabalho pode contribuir para o desenvolvimento do estresse⁽¹⁻³⁾. Essa palavra de origem latina, “*stringere*”, significa tensionar. É a reação do organismo a um objeto ou acontecimento. O estresse advindo do ambiente de trabalho é denominado “estresse ocupacional”, ou seja, é o modo como o indivíduo reage a uma situação ameaçadora relativa ao âmbito profissional⁽⁴⁾.

OBJETIVO

Compreender a percepção do profissional diante das experiências na sua formação em relação ao estresse da atividade ocupacional.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e os discursos categorizados. Participaram 32 profissionais, fazendo residência nas áreas de Enfermagem e de Medicina vinculados a um hospital federal de ensino, no município do Rio de Janeiro. Para a interpretação dos resultados, utilizou-se o método fenomenológico de Amadeo Giorgi e referencial teórico de Merleau Ponty, que pretende compreender o fenômeno através dos significados que o sujeito faz diante das experiências vivenciadas e as interações com o corpo e a consciência, relacionando com o mundo^(5,6).

RESULTADOS

Com base nas entrevistas e significados das falas dos participantes foram desveladas três categorias temáticas: O Sentido do trabalho: a percepção fenomenológica; A Vivência na residência em saúde: a questão do ser no mundo; Estratégias de enfrentamento do estresse na residência: a dimensão da corporeidade que fomentaram reflexões e a compreensão fenomenológica do cotidiano

dos residentes, evidenciando a importância da aplicação de estratégias preventivas durante a residência. Ao serem questionados sobre a percepção de si frente ao trabalho e sobre sua atividade profissional, os residentes falaram em relação à natureza do trabalho, os conflitos, expectativas e as satisfações e insatisfações profissionais. Muitos residentes expuseram a situação conflituosa entre ser profissional e ser estudante, referiram ausência de autonomia e sensação de incapacidade, por não serem reconhecidos como profissionais e muitas vezes tratados como estagiários e agentes operacionais. Estratégias para o enfrentamento foram citadas, e são muito semelhantes entre os residentes. Mencionaram atividade física; práticas de esporte; lazer com familiares e amigos, como por exemplo, ir ao shopping, cinema, bares, etc.; descansar em casa e dormir, como os principais mecanismos de defesa contra o sofrimento e sobreviverem às pressões e estressores do trabalho.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estresse ocupacional favorece a um complexo desgaste no organismo humano. Por si só, o estresse não é capaz de desencadear uma enfermidade orgânica ou provocar uma disfunção significativa na vida do sujeito. Para que isso ocorra, é necessário que outras condições estejam presentes, como a percepção em avaliar ou enfrentar a situação estressante e a vulnerabilidade orgânica. Compreendemos a importância da preparação desse profissional para o desenvolvimento de atitudes de enfrentamento, diante às diversas situações estressantes no local de trabalho, respeitando a singularidade e percepção de cada um. Estratégias para melhorar a qualidade de vida, ou oferecer uma vida de qualidade no trabalho desses residentes são necessárias, a partir de uma política de acolhimento e escuta ativa^(7, 8).

REFERÊNCIAS

- (1) Rodrigues CDS, Witt, RR. Competencies for Preceptorship in the Brazilian Health Care System. J Educ Contin Nurs. 2013; 44(11):507-15.
- (2) Motta LB, Pacheco LC. Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. Educ Health (Abingdon). 2014; 27(1):83-8.
- (3) Aase I, Hansen BS, Karina Aase K. Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. BMC Med Educ. 2014;14:170.
- (4) Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016; 50(1):132-149.
- (5) Savioli G. Estresse, Ansiedade e Depressão. São Paulo: Canção Nova; 2019.
- (6) Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2018.
- (7) Wang S, Liu Y, Wang L. Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. Internat J Nurs Clin Practices. 2015;21(1):78-86.
- (8) Sanches VS, Ferreira PM, Veronez AV, Koch R, Souza AS, Cheade MFM, Christofolletti G. Burnout e Qualidade de vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de dois anos. Rev Bras Educ Médica. 2016; 40(3):430-436.

PERFIL ALIMENTAR, ANTROPOMÉTRICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PETRÓPOLIS, RJ

Ana Paula Rísoli dos Santos¹

Brigitte Veronique Marie Olichon Gonçalves

Esthefanie Parreira Mello Dias

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 70,0% dos óbitos na população, sobretudo na camada mais pobre. Dentre elas, o Diabetes Mellitus Tipo II (DM II) se destaca, sendo considerado epidemia mundial, com crescente participação na carga global de doenças até 2030¹. O DM II é um distúrbio metabólico caracterizado por uma hiperglicemia persistente e por se tratar de uma doença silenciosa, oportuniza o desenvolvimento de complicações, estando associada a elevados custos para a saúde. Neste contexto, se mostra importante uma alimentação saudável, sendo associada ao melhor manejo da doença, o controle glicêmico e lipídico, além de alcançar e manter a meta de peso corporal². Para isto, a Atenção Básica se faz importante na prevenção e monitoramento desta doença, junto de uma equipe multiprofissional, uma vez que esta tem contato direto com pessoas em situações vulneráveis³. A equipe multiprofissional inclui o nutricionista através do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF-AB), atuando diretamente com os indivíduos e suas famílias através de ações de educação em saúde e articulação de estratégias sociais no seu território, promovendo a alimentação saudável, o direito humano à alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional⁴.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo relacionar o perfil nutricional, alimentar e socioeconômico com o controle glicêmico em portadores de DM II atendidos em duas Estratégias de Saúde da Família no município de Petrópolis–RJ, entre 2022 e 2023.

METODOLOGIA

O estudo utilizou abordagem quantitativa e descritiva com levantamento de dados envolvendo interrogação direta, para avaliar o perfil nutricional, antropométrico e socioeconômico dos indivíduos, sendo este realizado no período de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023, em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Petrópolis-RJ. Realizado com pacientes adultos e idosos com diagnóstico médico de DM II, agendados para consultas nas unidades de saúde selecionadas, e a coleta de dados foi realizada de acordo com a demanda da unidade de saúde de adultos e idosos que foram atendidos nas datas em que a pesquisadora se encontrava na unidade. A entrevista se deu com

1

E-mail: nutripaularispoli@gmail.com

os pacientes portadores do DM II que compareceram para consulta agendada de acompanhamento com qualquer um dos profissionais da unidade ou por demanda espontânea. A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário adaptado de Silva ⁵ e os valores de hemoglobina glicada foram coletados a partir do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) pertencente ao software e-SUS AB PEC, versão 5.0.15, dos pacientes participantes.

RESULTADOS

Neste estudo, foram incluídas um total de 51 pessoas, destas 12 adultas e 39 idosas de ambos os sexos, sendo 35 mulheres e 16 homens. Todos portadores de DM II; Como resultados obtidos, observou-se que a média da renda familiar foi de um salário-mínimo e média de duas pessoas morando na mesma residência. Entendendo que a maioria dos entrevistados eram de idosos aposentados, vivendo com uma outra pessoa, podemos inferir que esta renda não seja suficiente para atender as necessidades básicas destes indivíduos; A classificação média de IMC avaliada foi de $30,0 \pm 5,7 \text{ kg/m}^2$. A Diretriz Brasileira de Diabetes preconiza que, para indivíduos portadores de DM II com sobrepeso e obesidade, é recomendado que percam no mínimo 5% do seu peso corporal para melhorar seu controle glicêmico; Circunferência da cintura elevada em ambos os sexos, sendo que a gordura visceral implica diretamente no aumento do risco cardiovascular e no desenvolvimento do DM; Prevalência no consumo diário de arroz branco e pão francês; cebola, pão integral, alface e laranja; óleo, azeite; feijão, frango; café com adoçante e açúcar refinado. O baixo consumo de fibras encontrado para a maioria dos pacientes no presente estudo, evidencia que embora o quantitativo de carboidratos ingeridos esteja adequado, houve discrepância em relação à qualidade de alimentos ricos em fibras. A maioria dos participantes relatou não praticar nenhuma atividade física; Fazem uso de alguma medicação para tratamento do DM II, sendo em sua maioria a metformina, além de terem recebido orientações nutricionais em algum momento de seu tratamento e afirmam segui-las. A média de hemoglobina glicada foi de 7,3%, sendo este valor considerado, segundo a SBD, maior do que o preconizado para um controle glicêmico do diabético.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os participantes do estudo apresentaram em sua maioria obesidade, baixo nível socioeconômico, circunferência de cintura elevados e inatividade física, o que favorece as complicações metabólicas do DM II. Observado também, possível relação entre atividade física e o descontrole de hemoglobina glicada, além de relação entre a circunferência de cintura, orientações nutricionais e renda familiar. A alta ingestão de carboidratos, laticínios integrais e pouca variabilidade de fibras e alimentos in natura e consumo significativo de açúcar refinado, sugerem um longo caminho para melhora do quadro de saúde pública, demonstrando a necessidade desses indivíduos obterem maior estímulos com educação em saúde. A presença de um profissional nutricionista é fundamental para isto, já que poderá traçar estratégias e criar ferramentas de ação em saúde efetivas voltadas para todos, de forma a prevenir a DM ou tratar suas complicações, recuperar o estado nutricional e promover maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- (1) International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- (2) Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: SBD; 2019.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- (4) Recine E; Carvalho MF; Leão M. O papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas; 2015.
- (5) Silva TA. Elaboração, validação e reprodutibilidade de um questionário de frequência alimentar para hipertensos e/ou diabéticos. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2012.

PERFIL DOS ADOLESCENTES QUE FAZEM USO DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES EM UMA CAPITAL BRASILEIRA

Milene Diniz Paulucio ¹

Laura Fontes Silva

Nathalia Borba Raposo Pereira

Carlos Augusto Lopes

Fernanda Garcia Gabira Miguez

Franciele Marabotti Costa Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O uso inapropriado e não prescrito de medicamentos tornou-se um hábito, sendo apontado como problema de saúde pela Organização Mundial da Saúde. Mais que seus prejuízos à saúde individual, a prática pode impactar no sistema de saúde, gerando gastos desnecessários¹. Assim, os psicofármacos são evidenciados pelo uso irracional, sendo que o Brasil é um dos principais produtores e consumidores dessas drogas, com destaque para o Diazepam, Midazolam, Clonazepam, Zolpidem e Alprazolam². Elas atuam no sistema nervoso central, causando calma e sedação e, por isso, são chamadas também de tranquilizantes. Do ponto de vista farmacológico, as classes predominantemente usuais são os benzodiazepínicos, hipnóticos, opioides e antipsicóticos³. A literatura aborda principalmente o uso dessas substâncias em adultos, mas, neste estudo, os dados demonstram que a faixa etária dos adolescentes, compreendidos entre 10 a 19 anos, carece de atenção na temática. Nesta fase, os indivíduos estão em período de neurodesenvolvimento e, dessa forma, práticas irresponsáveis podem acarretar danos irreversíveis à saúde deles, ainda mais que à idade adulta⁴. Embora o Brasil possua regulação da prescrição e liberação desses fármacos⁵, é importante destacar que a legislação não está sendo totalmente efetiva. À vista disso, é necessário ampliar os estudos e refletir sobre as razões que levam os adolescentes ao uso dessas medicações.

OBJETIVO

Descrever os fatores sociodemográficos e socioeconômicos que influenciam a prevalência de experimentação e uso atual de medicamentos tranquilizantes por escolares da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV).

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo de base escolar, coletado de março a dezembro de 2023, em escolas públicas e privadas da RMGV, com 4.612 estudantes. O desfecho procurado contemplava os alunos que fizeram a experimentação ou o uso alguma vez na vida de medicamentos tranquilizantes. A

1 Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: milenedinizp@gmail.com

partir de um formulário, eles eram questionados sobre “*Você já tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica? Exemplos: Diazepam, Dienpax, Valium, Lorax, Rohypnol, Psicosedin, Somalium, Apraz, Rivotril, Dormonid, Bromazepam, Frontal, Olcadil, Zolpidem*”. As condições independentes avaliadas foram: sexo, idade em anos, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, estado civil, classe socioeconômica, tipo de escola, situação de trabalho atual, religião e situação conjugal dos pais. Foi feita análise descritiva (frequência absoluta, relativa e IC95%), seguida da bivariada (Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher). A análise multivariada utilizou Regressão de Poisson com variância robusta, considerando variáveis com $p \leq 0,20$ na bivariada e mantendo aquelas com $p \leq 0,05$. Foi utilizado o programa Stata versão 17.0. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES.

RESULTADOS

No grupo de adolescentes, 16,7% (N = 769; IC95%: 15,6-17,8) afirmaram ter feito uso de medicamentos tranquilizantes não prescrito e, dentro desse total, 199 (4,3%; IC95%: 3,76-4,94) disseram fazer o uso atualmente. No primeiro grupo, mais da metade já havia completado 15 50,5% (50,5%; IC95%: 46,9-54,0) anos quando experimentou a medicação e 35,5% (IC95%: 32,2-39,0) relataram que um familiar forneceu o tranquilizante. Quando faz-se a análise bivariada, algumas qualidades sociodemográficas e econômicas aparecem em neste caso, a associação foi positiva em relação ao sexo, identidade de gênero, orientação sexual, relacionamento, classe econômica, religião e situação conjugal dos pais. O uso atual também esteve associado à idade. Ajustando os fatores de confusão, as meninas apresentaram maior prevalência de uso na vida (RP: 1,88; IC95%: 1,61-2,18), bem como o grupo autodeclarado LGBTQ+ (RP: 1,71; IC95%: 1,49-1,97). A classe econômica A apresentou também maior prevalência se comparada às classes C/D/E (RP: 1,28; IC95%: 1,07-1,55). O uso de tranquilizantes foi 18% maior quando os pais viviam separados (RP: 1,18; IC95%: 1,04-1,35), assim também quando os escolares não pertenciam à religião católica ou evangélica (RP: 1,51; IC95%: 1,24-1,85), quando comparados aos que não possuíam religião. Mesmo na análise ajustada, meninas ($p < 0,001$), adolescentes autodeclarados LGBTQ+ ($p < 0,001$) e classe econômica A ($p = 0,039$) apresentaram maior razão de prevalência.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados deste estudo mostram uso comum de medicamentos tranquilizantes não prescritos por adolescentes, principalmente nos grupos de meninas, autodeclarados LGBTQ+, membros da classe econômica A, filhos de pais separados e cuja religião era diferente de católica e evangélica. Embora essas classes de medicamentos exijam por lei um acompanhamento médico rigoroso, vê-se que eles têm facilmente sido acessados por escolares, principalmente pelo fato de muitos afirmarem ter conseguido com um familiar. Desse modo, nota-se que os fatores que levam a esse desfecho são multidimensionais e, por isso, é importante facilitar e promover a saúde a essa população, a fim de controlar de modo eficaz a disponibilidade e uso dos psicofármacos. Além disso, é preciso explorar as motivações e influências

dos escolares para a experimentação e uso atual por meio de novos estudos, levando em conta as consequências do hábito sem ciência.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Promoting rational use of medicines [Internet]. Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>
- (2) International Narcotics Control Board. Psychotropic substances 2024: statistics for 2023–assessments of annual medical and scientific requirements for 2025. Vienna: INCB; 2025.
- (3) Ritter JM. Rang & Dale farmacologia. 9th ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen; 2023.
- (4) World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/255415>
- (5) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html

PERFIL E DESAFIOS DA SAÚDE DO HOMEM NA APS: BARREIRAS DE ACESSO E CUIDADO EM CARUARU-PE

Maria Victoria Passos de Moura Silva¹

Ana Beatriz Lima de Albuquerque

Arthur de Farias Nóbrega

David Willian Dionizio Marinho

Déborah Farias de Albuquerque

Ian Gabriel Monteiro Silva

José André Camelo de Alcântara

Letícia Jordão Vilaça Rocha

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva Uchôa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde do homem tem recebido atenção crescente nas políticas públicas, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), notadamente após a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009. No entanto, persistem desafios significativos relacionados ao acesso e à permanência dessa população nas unidades de Saúde da Família [1].

Fatores determinantes como estigmas relacionados à masculinidade, ideias enraizadas de invulnerabilidade, barreiras estruturais de acesso, incompatibilidade com jornadas de trabalho e desinformação institucional e assistencial comprometem a efetividade da integração e do cuidado voltado à população masculina na APS [1,2]. Esse cenário contribui para a maior vulnerabilidade dos homens e sua desassistência no âmbito da Saúde da Família, favorecendo o adoecimento, a exposição a agravos e a negligência frente às ações de prevenção e promoção da saúde.

Diante disso, torna-se essencial compreender o perfil dos homens que buscam atendimento na APS, considerando seus aspectos socioculturais, a fim de fortalecer a desconstrução de entraves simbólicos e ampliar a percepção da saúde como um direito, com ênfase no cuidado integral e na promoção da saúde [2].

OBJETIVO

Analisar o perfil dos homens atendidos pela Unidade de Saúde da Família São João da Escócia, em Caruaru-PE, identificando barreiras sociais de acesso e fatores que influenciam o processo saúde-doença-cuidado, bem como compreender as dificuldades de diálogo e de cuidado entre a equipe de saúde e os usuários do sexo masculino.

1

Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: victoria.passos@ufpe.br

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, desenvolvida no âmbito das atividades do segundo módulo das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de Medicina da UFPE – Campus Caruaru. Inseridos na rotina da Estratégia Saúde da Família, os estudantes identificaram demandas do território para propor intervenções voltadas à produção do cuidado.

Utilizou-se como principal instrumento um questionário semiestruturado, aplicado presencialmente a 14 usuários do sexo masculino, selecionados intencionalmente conforme o perfil da unidade. O instrumento abordou temas como prevenção de doenças, realização de exames, hábitos de vida (tabagismo, higiene, alimentação) e barreiras no acesso aos serviços de saúde. As respostas foram organizadas em categorias temáticas para análise qualitativa.

O estudo respeitou os princípios éticos em pesquisa, com garantia de sigilo e participação voluntária. Os achados foram apresentados à equipe da unidade, com o objetivo de subsidiar estratégias de melhoria no cuidado à população masculina.

RESULTADOS

Os entrevistados tinham entre 16 e 73 anos, com média de 47,7 anos. A maioria apresentava escolaridade até o ensino fundamental II incompleto (61,4%) e vivia em arranjos familiares tradicionais. Em relação à saúde, 64,3% relataram comorbidades, sendo as mais frequentes hipertensão (66,7%) e diabetes (33,3%). Quanto à ocupação, 57,1% exerciam atividades de alta demanda física e baixa valorização social.

Nas práticas de autocuidado, todos relataram escovar os dentes ao menos uma vez por dia, mas 64,3% nunca utilizavam fio dental. A busca por atendimento odontológico ocorria, majoritariamente, apenas diante de problemas (35,7%). A higiene corporal era adequada, com 92,9% tomando dois ou mais banhos diários. Embora 78,6% considerassem sua alimentação saudável e mais da metade referisse ingestão hídrica satisfatória, 78,6% eram sedentários.

Em relação à saúde mental, 50% afirmaram não compartilhar sentimentos nem saber lidar com o estresse. A fé foi valorizada por 92,9%, porém com baixa prática religiosa. As atividades de lazer eram restritas aos finais de semana ou inexistentes. O consumo regular de álcool foi referido por 35,7%, enquanto 92,9% não fumavam. A maioria realizava exames preventivos, porém apenas 28,6% buscava atendimento em casos de sintomas. Quanto à vacinação, 64,3% estavam com o esquema vacinal em dia e 71,4% haviam tomado a vacina da gripe.

Metade dos entrevistados não frequentava regularmente a USF e 14,3% nunca haviam estado na unidade. Ainda assim, 78,6% avaliaram o serviço como “bom”. Dificuldades relatadas incluíram jornada de trabalho exaustiva, longas esperas e ausência de acessibilidade. Entre as sugestões para aumentar a adesão, destacaram-se melhorias na infraestrutura, redução da burocracia, acolhimento multiprofissional e convites à participação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados analisados revelam que os homens atendidos são, em sua maioria, trabalhadores da classe média baixa, com rotinas exaustivas que dificultam o autocuidado e o acesso regular à USF. As barreiras vão além da vontade individual, refletindo determinantes sociais e econômicos que favorecem a negligência com a saúde, contribuindo para o adoecimento e mortalidade precoce. A pesquisa evidenciou lacunas no cuidado masculino e na comunicação com a equipe, ressaltando a

necessidade de estratégias que considerem o homem em sua integralidade. A baixa escolaridade e a estrutura familiar tradicional reforçam determinantes que afastam os homens do autocuidado, ainda associado à feminilidade estigmatizada. Assim, a aplicação do questionário permitiu identificar fragilidades e subsidiar ações mais efetivas de promoção da saúde, oferecendo à equipe subsídios atualizados para o planejamento do cuidado direcionado à população masculina do território.

REFERÊNCIAS

- (1) Brandão CC, Albuquerque FP, Takarabe JM, Soares IMSC, Salerno AAP, Celio CP di, *et al.* Gestão federal da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma perspectiva histórico-crítica. Interface. 2025;29:e240378. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.240378>.
- (2) Silva BF, Alves GS. Desafios e perspectivas na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Rev. Enf. UFJF. 10(1). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/40993>.

PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEPRESSÃO PERINATAL, EVENTOS ADVERSOS NA INFÂNCIA E INFLAMAÇÃO: RELAÇÕES EM UMA REVISÃO DE ESCOPO

Gabrielle Maciel Pereira¹

Letícia Ruthes Niz

Sarah Cristina Zanghellini Rückl

A depressão perinatal (DP) é definida como um episódio depressivo com início no período periparto, ou seja, os sintomas característicos do transtorno de humor que surgem durante a gravidez ou dentro de quatro semanas após o nascimento (1). Tem uma prevalência geral combinada de 11,9%, com taxas mais altas observadas em países de baixa e média renda em comparação com países de alta renda (19,2% vs. 9,2%) (2). Filhos de mulheres deprimidas apresentam maiores taxas de distúrbios do sono, aumento do índice de massa corporal (IMC), baixo desenvolvimento emocional e cognitivo, e correm maior risco de transtornos de saúde mental a longo prazo (3). Um dos principais fatores de risco para depressão perinatal são as experiências adversas na infância (ACE's, na abreviação do termo em inglês) maternas, que preveem sintomas depressivos durante todo o período perinatal (4). As experiências adversas na infância abrangem abuso físico, psicológico, sexual, negligências e violências, bem como exposição à disfunção doméstica durante a criação (5). As mulheres relatam vivenciar mais ACE's do que os homens, indicando um maior impacto das ACE's no desenvolvimento de psicopatologia dentro desse grupo demográfico (6).

O objetivo da presente revisão de escopo é revisar a literatura sobre ACEs, depressão perinatal e inflamação, focando em aspectos que tangem padrões comuns de determinação social em saúde das participantes incluídas nas amostras dos estudos selecionados.

Esta revisão de escopo foi conduzida de acordo com a declaração PRISMA-ScR (7), realizada nos bancos de dados Embase, BVS, PubMed, Scopus, Cochrane e Web of Science até abril de 2024, sem restrição de idioma ou tipo de estudo. A estratégia de busca utilizou uma combinação de termos, incluindo: (antenatal depression OR perinatal depression OR postpartum depression OR peripartum depression) AND (childhood trauma OR childhood adverse experiences OR childhood abuse OR childhood rape OR childhood physical abuse OR childhood emotional abuse OR childhood neglect) AND (inflammation OR inflammatory cytokines). Os critérios de inclusão compreenderam estudos investigando mulheres com depressão perinatal (pré-natal ou pós-parto), diagnosticadas usando escalas validadas como a Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (8), que tinham um histórico de experiências adversas na infância, medidas por escalas validadas como o Childhood Trauma Questionnaire (5). Estudos elegíveis para inclusão também precisavam avaliar biomarcadores de inflamação, como proteína C-reativa (PCR), interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α).

Onze trabalhos foram revisados, entre estudos longitudinais e transversais. Em relação aos instrumentos utilizados para diagnosticar a depressão, os estudos utilizaram principalmente a EPDS, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (9) e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-21) (10). Em relação aos eventos adversos na infância, a maioria dos estudos os avaliou usando o Questionário de Trauma na Infância (CTQ) (11) e a Escala de Experiências Adversas na Infância (ACE) (5). O estudo de Finy e Christian (2018) encontrou uma correlação negativa entre o status socioeconômico e o biomarcador inflamatório PCR (proteína C-reativa), sugerindo que um status socioeconômico mais baixo pode estar relacionado a níveis mais elevados de PCR durante a gravidez (12). Mitchell et al. (2018) observou que maior exposição a traumas estava associada a níveis mais altos de PCR, mesmo ajustando para fatores como renda, raça e educação. Esse estudo indicou que fatores socioeconômicos podem influenciar a relação entre adversidades na infância e níveis inflamatórios (13). Já Kleih et al. (2022) observou que mulheres com menor status socioeconômico relataram mais adversidades infantis e sintomas depressivos elevados (14). A pesquisa também encontrou uma correlação entre etnia não hispânica e o status socioeconômico, refletindo disparidades raciais em saúde. Além disso, níveis elevados do biomarcador TNF- α foram associados a mulheres que relataram trauma infantil. O estudo sugeriu que as mulheres com menor status socioeconômico podem experimentar maior exposição ao trauma e níveis elevados de biomarcadores inflamatórios no período perinatal. Estudos como o de Bublitz et al. (2022) destacam limitações do uso do autorrelato para medir adversidade infantil, o que pode resultar em viés de memória ou sub-relato, especialmente em populações de baixo status socioeconômico. Além disso, a falta de dados socioeconômicos específicos limita a interpretação dos resultados e torna difícil distinguir os efeitos do trauma infantil dos fatores socioeconômicos (15).

Os resultados indicam que a depressão perinatal, o trauma infantil e os biomarcadores inflamatórios estão interligados a fatores socioeconômicos adversos, especialmente entre mulheres de baixa condição socioeconômica. Essas mulheres enfrentam maior risco de sofrerem traumas das mais diversas ordens na infância e desenvolvimento de sintomatologia depressiva durante a gravidez e pós-parto, com possibilidade de aumento de inflamação sistêmica no período. A análise dos resultados obtidos na revisão revela que adversidades infantis e depressão perinatal não podem ser dissociadas das condições socioeconômicas, como renda, educação e status de saúde, impactando diretamente a saúde física e mental das gestantes e puérperas.

REFERÊNCIAS

- (1) Depressive Disorders. Em: DSM-5® Clinical Cases. American Psychiatric Publishing. 2022.
- (2) Woody CA et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017; 219:86–92.
- (3) Field T. Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *J Pregnancy Child Health.* 2017;04(01).

- (4) Racine N, Zumwalt K, McDonald S, Tough S, Madigan S. Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *J Affect Disord.* 2020; 263:576–81.
- (5) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245–58.
- (6) Haahr-Pedersen I, Perera C, Hyland P, Vallières F, Murphy D, Hansen M, et al. Females have more complex patterns of childhood adversity: implications for mental, social, and emotional outcomes in adulthood. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1).
- (7) Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467–73.
- (8) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry.* 1987;150(6):782–6.
- (9) Radloff LS. The CES-D Scale. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.
- (10) Hamilton M. A Rating Scale For Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23(1):56–62.
- (11) Bernstein DFL. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report. The Psychological Corporation. 1998.
- (12) Finy MS, Christian LM. Pathways linking childhood abuse history and current socioeconomic status to inflammation during pregnancy. *Brain Behav Immun.* 2018;74:231–40.
- (13) Mitchell AM, Porter K, Christian LM. Examination of the role of obesity in the association between childhood trauma and inflammation during pregnancy. *Health Psychology.* 2018;37(2):114–24.
- (14) Kleih TS, Entringer S, Scholaske L, Kathmann N, DePunder K, Heim CM, et al. Exposure to childhood maltreatment and systemic inflammation across pregnancy: The moderating role of depressive symptomatology. *Brain Behav Immun.* 2022;101:397–409.
- (15) Bublitz MH, Freeburg T, Sharp M, Salameh M, Bourjeily G. Childhood adversity, prenatal depression, and maternal inflammation across pregnancy. *Obstet Med.* 2022;15(1):25–30.

PESCADORAS ARTESANAIS DO SUL DA BAHIA ENTRE A VIDA E O PETRÓLEO, O RACISMO INSTITUCIONAL

Marta Cristiane Ferreira dos Santos¹

Ana Angélica Martins da Trindade

Gabriel Eduardo Schutz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Embora a saúde seja um direito garantido pelo princípio da universalização a ser aplicado pelo Sistema único de Saúde (SUS), as desigualdades de acesso a serem diminuídas fazem parte de um dos grandes desafios das instâncias gestoras quando se trata de populações em situação de vulnerabilidade social como as pescadoras artesanais. É uma atividade que se concretiza a partir do final do ciclo da cana de açúcar quando negros, indígenas e mestiços adentraram espaços geográficos plausíveis para sobrevivência de comunidades marginalizadas pelo sistema escravocrata, lugares de rica identidade sociocultural cheios de símbolos e significados. No entanto, não só pelas grandes distâncias dos centros urbanos, a população pesqueira encontra dificuldades de acesso aos serviços primários de saúde na contramão do princípio de equidade. Caracterizadas como trabalhadoras de pequena embarcação, geralmente pescam próximas às margens marinhas pela responsabilidade da casa e dos filhos. No Brasil, a saúde das pescadoras artesanais é importante pauta dos movimentos sociais da pesca desde os anos 70, na luta por serviços em saúde que considerem os múltiplos agravos como de lesões por esforços repetitivos, doenças de pele, doenças respiratórias, envenenamentos, varizes e violências domésticas dentre outros. Na visão de pescadoras artesanais, os atendimentos desumanizados à saúde das mulheres negras de comunidades pesqueiras nos serviços oferecidos não atendem às necessidades cotidianas pertinentes ao modo de vida atreladas à desvalorização da atividade, exclusão e marginalização destas mulheres, há séculos. Sabe-se que “mulheres negras sofrem com os efeitos combinados de diversos sistemas de opressão, sendo discriminadas em razão do gênero, da classe e da raça/etnia”. São mais de 30 patologias indicadas na literatura não notificadas, ainda que tenham estudos sobre a dimensão humana da pesca e de aspectos indicativos da importância desta atividade como fonte de alimento, emprego e renda. Os riscos ocupacionais de natureza física, química, biológica, ergonômica e psicossociais são intensificados cada vez mais pelos engendramentos capitalistas que sustentam o turismo, a especulação imobiliária, a pesca predatória, os conflitos territoriais e os desastres antrópicos como o derramamento do petróleo que atingiu os 09 estados da costa nordestina e 02 estados do sudeste em agosto de 2019. Dentre uma população de mais de 1 milhão de pescadores e pescadoras artesanais identificados oficialmente no Brasil, estima-se que 350 mil pescadores e pescadoras foram atingidos por 450 toneladas de petróleo, grande maioria negros e mulheres. Estas representam 50% destes trabalhadores e vivem em condições de vida abaixo da linha de pobreza com R\$400, 00 mensais, cuidam da casa, dos filhos, da captura, da produção e comercialização dos produtos. Consideradas

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: martacfsantos@gmail.com.

as mais afetadas por terem liderado articulações grupais solidárias para a coleta do óleo bruto, até março de 2020 apresentaram queixas dermatológicas e sintomas que perduram até o momento, sem cuidados. Percebe-se um quadro posto onde o racismo e sexismo, base das vulnerabilidades em saúde se intersecciona à injustiça ambiental crescente em países exportadores de commodities mascarada por um ideário globalista hegemônico de sustentabilidade que não se sustenta diante das condições de produção determinadas historicamente. Este estudo refere-se às pescadoras artesanais do Município de Belmonte, sul da Bahia, cujos relatos apontam falta de ações em vigilância em saúde, apesar de terem vivenciado contato direto com o material contaminante na ocasião das limpezas das praias sem informações técnicas sobre riscos, quando o desastre deveria ter sido considerado emergência em saúde pública imediatamente(1-16).

OBJETIVO

Contextualizar o modo de vida/trabalho das pescadoras artesanais do sul da Bahia a partir dos determinantes sociais, relacionados ao conceito do racismo institucional no campo da saúde integrando cujo cenário está em recorte exclusivo ao derramamento de petróleo ocorrido em agosto de 2019.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, valeu-se da perspectiva da teoria dos determinantes sociais para análise dos dados coletados em 2021, cujos resultados são parciais da Pesquisa denominada “Avaliação dos impactos do derramamento de óleo na costa da Bahia: ações de saúde e proteção ambiental”, contemplada do programa CAPES ENTRE MARES, aprovada no CEP–Número do CAAE: 29570620.3.0000.5577. A pesquisa qualitativa permite a reflexividade sobre a vida humana. As participantes da pesquisa são as pescadoras artesanais e lideranças. Conhecidas como trabalhadoras das águas, livres da relação sistemática de controles de horários, de hierarquias e prescrições laborais, estão submetidas às condições de trabalho que margeiam os sofrimentos físico e psíquico, muitas vezes, normalizados entre os pares e ainda não identificados pelos profissionais da Saúde Pública, os quais não reconhecem as patologias advindas do modo de vida e de ser pescador artesanal por desconhecimento técnico. São artesãs por se valerem de apetrechos manufaturados a milênar época em todo o mundo onde 15 milhões de pessoas vivem em condições precárias de vida e se submetem a nocivas condições de trabalho, em alto grau de periculosidade tanto quanto os Bombeiros(12,17,18).

RESULTADOS

Esta discussão desvela o racismo institucional como estratégia de apagamento à cultura artesanal na pesca. Seguindo a lógica de Wernek este é um racismo capaz de atingir as dimensões individual, social e política. O governo federal da época, liberou ações de contingência e apoio às comunidades somente após 41 dias. O protocolo de Avaliação da Saúde de População exposta a petróleo foi lançado em 2021. Bem lembra Carneiro, o princípio de integralidade¹ entre as políticas preconizado pelo SUS pode ser um grande meio de combate ao racismo institucional que muito afeta os enfrentamentos dos

efeitos combinados do racismo e do sexismo minimizadores dos cuidados à saúde das mulheres e da população negra.(19-21)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O derramamento do petróleo é um acidente resultado da engrenagem em que expõem os territórios dos países em desenvolvimento sob a mira de novos acontecimentos semelhantes e ou de maior envergadura. A pergunta que não quer calar pelas pescadoras fica registrada neste estudo: Diante de novos desastres, como ficaria a saúde das pescadoras artesanais diante do histórico racismo institucional nos Serviços de Saúde?

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde – SUS. Brasília, DF; 2023.
- (2) Diegues ACA. Pesca construindo sociedades. São Paulo: NUPaub-USP; 2004.
- (3) Sacramento EC; Pacheco MJ. Saúde ocupacional – o olhar das pescadoras artesanais. In: Pena PGL; Martins VLA. Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais. Salvador: EDUFBA; 2014. p. 323-332.
- (4) Freitas MCS et al. Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 157-177.
- (5) Furtado GS; Leitão MRFAC. Gênero e pesca: o Conselho Pastoral da Pesca (CPP). Seminário Internacional Fazendo Gênero 10. Florianópolis; 2013.
- (6) Brasil. Cartilha “A Saúde das Pescadoras Artesanais: Mariscagem e Pesca em Mar aberto. Brasília, DF; 2018.
- (7) Pena PGL; Martins VLA. Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais. Salvador: EDUFBA; 2014.
- (8) Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da População negra. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2022.
- (9) Pena, PGL; Minayo-Gomez, C. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12): 4689-4698, 2014.
- (10) Pena PGL et al. Derramamento de óleo bruto na costa brasileira em 2019: emergência em saúde pública em questão. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020; 36(2).
- (11) Barros S et al. Conflitos socioambientais e violações de direitos humanos em comunidades tradicionais pesqueiras no Brasil: relatório, 2021.
- (12) Organização Internacional Do Trabalho. Condições de trabalho decentes, segurança e proteção social. Trabalho na pesca; Convenção n. 188; recomendação n. 199. Suíça; 2009.
- (13) Porto MFS et al.. Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- (14) Schütz GE et al. A agenda da sustentabilidade global e sua pauta oficial: uma análise crítica na perspectiva da Saúde Coletiva. *Ciência coletiva*, 2012; 17(6):1407-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600005>.

- (15) Barros, LM. Esperançando na luta e na união com o rio Jequitinhonha frente ao desastre do petróleo em Belmonte-Bahia. In: Rêgo, RCF et al. Maré bruta: um panorama do derramamento de petróleo na costa do Brasil em 2019–impactos e gestão do desastre na perspectiva das comunidades. São Paulo: Científica Digital LTDA; 2024. P. 41-61.
- (16) Fundação Oswaldo Cruz. Derramamento de óleo no litoral brasileiro: pesquisadores concluem que desastre configurou Emergência em Saúde Pública. Brasília, DF; 2020.
- (17) Minayo MC; Guerriero I. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023;19(4): 1103-12.
- (18) Pena PGL, Martins, VLA. Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais. Salvador: EDUFBA, 2014.
- (19) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Soc. São Paulo*. 2016; 25(3):535-549.
- (20) Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Protocolo de avaliação da Saúde da População Exposta a petróleo–Orientações para serviços e trabalhadores da Saúde da Bahia. SESAB, 2021.
- (21) Carneiro S. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro; 2011.

PET SAÚDE-EQUIDADE: TRABALHADORAS DA RAPS E OS DESAFIOS DOS MARCADORES SOCIAIS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL

Adriana silva raiol¹

Anajuly eça gomes lopes

Rosangela silva dos santos

Sandra assis brasil

Manuela brito dos santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-Equidade (PET-Saúde Equidade) é um projeto de ensino integrado à realidade dos serviços de saúde e comunidades, associado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Instituições de Ensino Superior (IES). Tal programa propõe qualificar profissionais e futuros profissionais de saúde sobre temas relacionados à equidade, como raça/etnia/cor, gênero, identidade de gênero, sexualidade, deficiências e processos de maternagem. Nesse sentido, os integrantes do GT3 (PET Saúde UNEB), eixo 2 – Valorização das trabalhadoras e futuras trabalhadoras no âmbito do SUS, saúde mental e as violências relacionadas ao trabalho na saúde, realizam estudos e atividades a fim de identificar, analisar e propor ações referentes ao impacto de violências, com destaque para o racismo e a LGBTQIAPN+fobia, no sofrimento biopsicossocial das trabalhadoras da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Serviços Especializados do município de Salvador-BA [1]. A discussão de marcadores sociais no ambiente de trabalho é crucial para o reconhecimento e enfrentamento de violências, uma vez que a ausência de debates invisibiliza o sofrimento psíquico causado por desigualdades sociais.

OBJETIVO

Este relato apresenta observações e reflexões dos membros do GT3 sobre como determinados marcadores sociais se manifestam entre trabalhadoras do SUS. Buscou-se identificar as dificuldades nas relações de trabalho, com destaque para questões de gênero, sexualidade e racismo estrutural, as quais se refletem nas dinâmicas cotidianas do ambiente laboral, mas que nem sempre são percebidas pelas trabalhadoras.

METODOLOGIA

Foram realizadas visitas técnicas a unidades da RAPS no período de outubro a dezembro de 2024, como parte das atividades realizadas no âmbito do GT03, que também contou com a leitura e discussão de artigos, capítulos de livros, leis e portarias relacionadas aos temas: equidade, interseccionalidade, gênero, raça, e saúde mental [2] [3]. As visitas contaram com a participação

1 Universidade do Estado da Bahia. E-mail: drianaraiol@gmail.com

dos petianos e das preceptoras do projeto, juntamente com as trabalhadoras dos serviços. Durante as visitas, foram feitas observações das práticas assistenciais, sobretudo no que tange a influência do racismo, gênero e da lgbtqiapn+fobia no controle de privilégios e violências dentro das instituições. As experiências foram registradas em relatórios mensais e discutidas em reuniões do grupo, com a finalidade de relacionar as referências teóricas previamente estudadas com a realidade observada nos serviços, permitindo uma reflexão crítica das práticas e políticas de saúde mental.

RESULTADOS

Foi percebido que temáticas raciais e de sexualidades não aparecem como temas relevantes entre as trabalhadoras, sendo pensado de forma ainda pouco elaborada e aprofundada. Destaca-se a ausência de um olhar crítico sobre como o racismo estrutural impacta as pessoas atendidas e os trabalhadores [4]. O preenchimento do quesito raça-cor é realizado, em muitas situações, por heteroidentificação, desconsiderando a autodeclaração dos usuários e apontando para uma presunção automática da identidade racial dos indivíduos atendidos na unidade. Sobre racismo no ambiente de trabalho, destaca-se, entre profissionais, que não há expressões de racismo, no entanto, alguns usuários se surpreendem quando veem profissionais negros em ocupações de destaque, como as de gerente ou médico. Em um serviço, durante a realização de ações sobre a temática racial, organizadas por uma profissional branca, duas profissionais negras manifestaram seu desconforto por serem convocadas para tais atividades apenas por serem pessoas negras [4]. Destaca-se uma certa “isenção de responsabilidade” das trabalhadoras brancas em não considerar seu papel no combate ao racismo, perpetuando o silêncio, que protege a branquitude e impede mudanças nas relações de trabalho e na estrutura social [5] [6]. Além disso, também foi possível observar desafios quanto à percepção de gênero e sexualidade dentro de uma das equipes, quando uma trabalhadora demonstrou não ter conhecimento sobre tais demandas, transferindo a questão para uma profissional residente. Esse episódio reforça a percepção de que debates fundamentais sobre diversidade, identidade de gênero e orientação sexual não são incorporados no ambiente de trabalho, impactando tanto no acolhimento dos usuários quanto na experiência dos profissionais dentro do serviço.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao refletir sobre as visitas e discussões do GT3, percebe-se que debates sobre racismo, identidade de gênero, orientação sexual e diversidade não são estruturados nem amplamente discutidos, especialmente entre profissionais da RAPS e dos Serviços Especializados. Isso pode provocar desconfortos, ou mesmo violências, ainda que sutis ou simbólicas, em seus espaços de trabalho. Silenciar discussões sobre estes temas colabora para um ambiente profissional limitado, gerando receio dos colaboradores de opinar ou levantar a pauta sobre tais questões, o que afeta a saúde mental desses indivíduos [4]. Destaca-se, portanto, a necessidade de uma abordagem que considere esses marcadores sociais, pois isso significa não apenas um reconhecimento das suas realidades, mas a criação de um lugar que promova equidade, suporte e valorização, essencial para um atendimento de qualidade e efetivo, além de melhores condições de trabalho para profissionais do SUS.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital SGTES/MS nº 11, de 16 de setembro de 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
- [2] Vieira LMV; Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad Saúde Pública. 2009;25(2):s217-226.
- [3] Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estud. Femin. 2002;10:171-188.
- [4] González L. Cultura, etnicidade e trabalho: efeitos linguísticos e políticos da exploração da mulher. In: Por um feminismo afrolatinoamericano. Rio de Janeiro: Zahar; 2020. p.20-37.
- [5] Bento M. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
- [6] Byung-C H. Sociedade do cansaço. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.

POLIFARMÁCIA E AUTONOMIA: CAIXAS ORGANIZADORAS COMO APOIO À ADESÃO TERAPÊUTICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARUARU-PE

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva Uchôa¹

Ana Beatriz do Nascimento Silva

Geyslan de Sousa Silva

Maria Maiara de Lima

Maria Kamyla Moura Santos

Ana Tainá Targino Antunes

André Luiz Parisio de Almeida Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente no Brasil e está associado ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes e dislipidemias. O manejo dessas condições muitas vezes exige o uso simultâneo de vários medicamentos, caracterizando a polifarmácia — definida como o uso contínuo de cinco ou mais fármacos. Embora muitas vezes necessária, essa prática pode gerar riscos, especialmente quando os pacientes têm dificuldades para gerenciar o tratamento. Em comunidades vulneráveis, marcadas por baixa escolaridade, analfabetismo funcional e limitações cognitivas, esses desafios se intensificam [1].

Nesses contextos, erros de posologia, omissão de doses e interações medicamentosas são comuns, comprometendo a eficácia do tratamento e aumentando os riscos de complicações. Diante disso, este projeto propõe estratégias educativas acessíveis, que favoreçam a adesão ao tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo segurança, autonomia e qualidade de vida aos pacientes em polifarmácia.

OBJETIVO

Implementar uma intervenção educativa voltada para pacientes em situação de polifarmácia atendidos pela Unidade de Saúde da Família São João da Escócia IV, em Caruaru-PE, com o objetivo de promover o uso seguro e adequado de medicamentos, por meio da distribuição de caixas organizadoras personalizadas e da orientação quanto a correta posologia e horários.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no segundo módulo das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de Medicina da UFPE – Campus Caruaru. Inseridos na rotina da Estratégia Saúde da Família, os estudantes identificaram demandas do território para propor ações voltadas à produção do cuidado.

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde da Família São João da Escócia IV, em Caruaru–PE, com foco em pacientes em situação de polifarmácia. Com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, foram identificados usuários com dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso. Realizaram-se visitas domiciliares para aplicação de questionário, levantamento do perfil e principais dificuldades no uso dos medicamentos.

Com base nesses dados, foram confeccionadas caixas organizadoras personalizadas, com divisões por turnos e símbolos visuais, adequadas também a pacientes com baixa escolaridade. As caixas foram entregues acompanhadas de orientações sobre organização e administração correta dos medicamentos.

RESULTADOS

A aplicação do questionário permitiu identificar características recorrentes entre os usuários em situação de polifarmácia. Observou-se predominância de indivíduos com mais de sessenta anos, corroborando estudos que associam o envelhecimento ao aumento de agravos crônicos à saúde. A maioria apresentava baixa escolaridade (até o ensino fundamental ou ausência dele) e renda familiar de até um salário mínimo. As doenças mais prevalentes foram hipertensão e diabetes, principais doenças crônicas não transmissíveis [2], seguidas de dislipidemia e transtornos de saúde mental.

A introdução das caixas organizadoras personalizadas trouxe maior praticidade no uso dos medicamentos, com divisórias por turnos (manhã, tarde e noite), facilitando a visualização e evitando trocas ou esquecimentos nos horários. O uso de símbolos visuais, como o sol e a lua, também auxiliou a compreensão dos períodos de uso, inclusive entre pessoas analfabetas, promovendo mais segurança no manejo dos fármacos. Isso favoreceu a autonomia dos pacientes, aumentou a adesão ao tratamento e contribuiu para um melhor prognóstico [3].

O desenvolvimento e a entrega das caixas também estimularam a atuação dos profissionais de saúde, em especial dos Agentes Comunitários, no reconhecimento das dificuldades enfrentadas por pessoas em polifarmácia. A partir da observação das rotinas familiares e das singularidades de cada usuário, a intervenção possibilitou uma abordagem mais holística e humanizada, extrapolando os limites da unidade de saúde e promovendo maior integração entre cuidado e realidade local.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A implementação da caixa organizadora de medicamentos na USF São João da Escócia IV configurou-se como uma intervenção simples, porém de grande impacto na APS. Além de organizar o uso dos fármacos, promoveu mais segurança, adesão ao tratamento e autonomia dos pacientes, especialmente entre idosos com múltiplas comorbidades.

Ao estruturar o uso dos medicamentos de forma clara e acessível, a ação contribuiu para a redução de erros, valorização do autocuidado e fortalecimento do vínculo com o tratamento. Alinhou-se, ainda, aos princípios do SUS — equidade, integralidade e universalidade — ao oferecer uma solução de baixo custo e centrada nas necessidades reais da população.

Conclui-se que a caixa organizadora é uma prática inovadora, replicável e coerente com os desafios enfrentados pela Estratégia Saúde da Família, reforçando um modelo de cuidado mais humanizado, resolutivo e transformador.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva GLS *et al.* Análise das consequências que a Polifarmácia causa em pacientes com doenças crônicas: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*. 2022 Sep 5;11(12):e43111234065.
- [2] Wehrmeister FC, Wendt AT, Sardinha LMV. Iniquidades e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. *Epidemiol Serviços Saúde*. 2022;31(1).
- [3] Sancandi SO, Almeida BLS, Nunes SS, Anversa ETR, Flores GC. O cuidado com o idoso frente a polifarmácia: uma revisão de literatura. *Brazilian J Health Review*. 2022 May 12;5(3):9340–52.

POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: INVISIBILIDADE NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE COLETIVA?

Suliane Motta do Nascimento¹

Fabiane Perondi

Lily Klug Beraldi

Ana Flávia Zulianelli Pardinho

Roger Flores Ceccon

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Viver em situação de rua, na sociedade contemporânea, é um tema inerente ao campo da Saúde Coletiva por estar associada à pobreza, exclusão, violência e insegurança alimentar, determinantes que refletem iniquidades, principalmente na área da saúde. Pessoas em situação de rua apresentam elevada prevalência de doenças como tuberculose, HIV/aids, dermatites e transtornos mentais, frequentemente agravadas pela falta de acesso aos serviços de saúde(1,2).

As publicações científicas da área da saúde sobre esse fenômeno centram-se em comorbidades, perfil sociodemográfico, uso de drogas e invisibilidade social, reforçando estigmas. A Saúde Coletiva, por se constituir como campo interdisciplinar do conhecimento, possibilita o desenvolvimento de pesquisas científicas e publicações referentes a essa população, influenciando a quebra de paradigmas e a proposição de políticas públicas mais inclusivas, já que frequentemente são implementadas de maneira isolada e fragmentada, resultando em pouca efetividade, como uma forma de tanatopolítica, na qual o Estado nega às pessoas em situação de rua o acesso às condições básicas necessárias para uma existência digna(3,4).

OBJETIVO

Analisar a produção científica sobre “as populações em situação de rua” em periódicos brasileiros da Saúde Coletiva no período de 2014 a 2024.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa com dados obtidos por meio de busca abrangente e não sistemática. Esta técnica metodológica é apropriada para discutir o estado da arte sobre determinado tema, apresentando-se como análise crítica dos autores, sem a pretensão de generalização⁵.

Foi realizada análise dos artigos publicados no período de 2014 a 2024 nas revistas “*Cadernos de Saúde Pública*”; “*Revista de Saúde Pública*”; e “*Ciência & Saúde Coletiva*”.

Foram considerados artigos que incluíam os termos “população em situação de rua” (PSR), “situação de rua”, “consultório na rua” (CNAR) no título e nos resumos das publicações.

Os dados foram organizados em planilhas, categorizados e analisados criticamente, traçando uma narrativa integrada sobre os temas dos artigos. Ainda, a análise buscou quantificar e tecer uma narrativa⁶ sobre os artigos publicados sobre populações em situação de rua, além de contribuir para a contribuição da produção científica sobre essa população no campo da Saúde Coletiva.

RESULTADOS

Analisou-se 5.812 artigos e, destes, apenas 0,5% tratava sobre o tema das PSR. No *Cadernos de Saúde Pública*, 17,7% eram sobre PSR; na *Revista de Saúde Pública*, de 1.502 artigos, nenhum artigo foi encontrado; e na *Ciência & Saúde Coletiva*, de 4.265 artigos, 0,5% tratava do assunto.

No *Cadernos de Saúde Pública*, a narrativa dos artigos publicados aponta que a água e o esgoto somente são obtidos através de favores, que a falta de acesso a cuidados de saúde é sobreposta a condições de pobreza, agravando a tuberculose. O CNAR emerge como estratégia de saúde para essa população, mas esbarra na contradição entre criar visibilidade para garantir recursos e gerar hipervisibilidade causando estigma, já que a droga que alimenta é a mesma que mata.

A narrativa dos artigos da *Ciência e Saúde Coletiva* é mais robusta, pelo maior número de artigos. Mostra que a relação entre a cidade e a loucura é complexa, evidenciando que a falta de políticas públicas eficazes leva à criminalização e ao encarceramento dessa população, reforçando a marginalização, sobretudo daqueles com transtornos mentais. Mais uma vez o CNAR surge como estratégia de promoção de cuidado territorializado. No entanto, a fragilidade das redes de atenção psicossocial e a falta de integração entre serviços limitam a efetividade das ações, especialmente no que diz respeito à saúde mental e ao uso de drogas. Questões como gravidez indesejada, aborto e violência sexual são questões entre crianças e adolescentes das ruas. Entretanto, a construção de vínculos e a valorização dos saberes locais são fundamentais para fortalecer as potencialidades. Apesar dos avanços, a tuberculose ainda pode levar à óbito e a necessidade de políticas intersetoriais e integradas é urgente para garantir direitos e dignidade a essa população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que, apesar da relevância do tema para o campo da Saúde Coletiva, a produção científica sobre PSR e Consultório na Rua ainda é incipiente nas principais revistas da área. “Cadernos de Saúde Pública” foi o que mais contribuiu para essa discussão, mas o volume geral de publicações é baixo, o que reforça a invisibilidade dessa população vulnerada. Recomenda-se maior incentivo em pesquisas que abordem o assunto, não somente sobre a produção de cuidado institucional ou sobre o processo de adoecimento destas pessoas, mas também sobre outras formas de cuidado e outros modos de viver que estes indivíduos praticam, criando visibilidade e reduzindo os estigmas. Recomenda-se, ainda, a criação de maior estímulo às publicações através de editoriais específicos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Paiva S *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc saúde colet.* 2016; 21(8).
2. Halpern SC *et al.* Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saude Publica.* 2017; 33(6):e00037517.
3. Paiva IKS, Guimarães J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. *Physis.* 2022; 32(4):e320408.
4. Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são?—Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol Soc.* 2004; 16(2):47-58.
5. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. Enferm.* 2007; 20(2):v-vi.

POR UMA ABORDAGEM CRÍTICA DA RECOMENDAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA À SAÚDE: DECOLONIZANDO OS DOMÍNIOS E SUAS INIQUIDADES

Alan G Knuth¹

Sueyla Ferreira da Silva dos Santos

Felipe Garcia Mallue

Inácio Crochemore-Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da “atividade física e saúde” tem um componente eurocêntrico marcante com a proeminência do Norte Global, especialmente de países escandinavos, Estados Unidos, Canadá e Austrália [1]. Além da questão geopolítica, também é possível notar um direcionamento para os saberes associados ao campo da epidemiologia e um apagamento de diálogo com as ciências sociais e humanas. O Plano Global de Atividade Física da Organização Mundial da Saúde (OMS), um documento que conclama as nações para promover políticas no setor acaba por reproduzir tal característica, ainda que se proponha “global”.

Os impactos são tão extensos que o próprio Guia da Atividade Física para a população brasileira recentemente lançado pelo Ministério da Saúde absorve a lógica veiculada no Plano Global [2]. Um dos componentes centrais trazidos nos materiais, que configura o discurso oficial, é a recomendação de que “todo o movimento conta” e as pessoas devem acumular minutos de atividade física em quatro domínios, ou seja, dimensões onde o movimento pode ocorrer: no trabalho, no deslocamento, no ambiente doméstico e no lazer (OMS, 2018).

Cada um destes domínios é permeado por distintos determinantes de gênero, de relações étnico-raciais e de condições socioeconômicas. Em determinadas circunstâncias, por exemplo, um entregador que atua com a bicicleta ou uma pessoa que realiza trabalhos domésticos, as atividades físicas resultantes não são constituídas de intencionalidades saudáveis ou como um acesso à cultura corporal, elas são manifestações dos sistemas de poder e opressão, atingindo de forma distinta os grupos sociais e os domínios da atividade física.

OBJETIVO

O presente estudo objetiva tecer uma análise crítica da recomendação de atividade física, especificamente propondo que o desmembramento dos domínios seja considerado ao enfrentar as iniquidades que os permeiam.

METODOLOGIA

O principal corpus de análise da presente pesquisa é o Plano Global de Atividade Física (OMS) 2018-2030 e seus efeitos discursivos, políticos e acadêmicos. A investigação de caráter crítico e teórico,

1 Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: alan_knuth@yahoo.com.br

busca fomentar uma análise da recomendação de atividade física sob o aporte teórico da decolonialidade, ferramenta analítica contundente para superar iniquidades históricas. Além dos estudos inaugurais latino-americanos de autoras e autores como Catherine Walsh, Walter D. Mignolo e Anibal Quijano, pretende-se enfatizar o encontro das perspectivas decoloniais com autoras e autores do Movimento Negro brasileiro, como as contribuições decoloniais de Bernardino-Costa & Grosfoguel [3].

Para Bernardino-Costa & Grosfoguel [3] uma das preocupações centrais da decolonialidade é a questão do conhecimento, portanto a análise de recomendações em saúde é um aspecto primordial do processo social. A colonização do saber é produto de um longo e contínuo processo forjado no período colonial, onde saberes não ocidentais foram reprimidos e identificados como menores, irrelevantes, subalternos. O giro decolonial pode ocorrer em momentos, ações, eventos de resistência política e epistêmica.

RESULTADOS

O problema central com a recomendação situa-se na abordagem do “todo o movimento conta”. O discurso pauta os cidadãos para que acumulem atividade física nos quatro domínios e sem um olhar particularmente social sobre os mesmos, enquadra na mesma recomendação uma pessoa que pode acessar práticas de lazer com uma pessoa que precisa se deslocar a pé ou de bicicleta para ir ou voltar do trabalho. Da mesma maneira ocorre com pessoas, em geral mulheres negras, que atuam como trabalhadoras domésticas ou ainda que realizam trabalho doméstico não pago. Não se configuram como atividades físicas saudáveis ou projetadas como escolhas e sim imposições pelo tipo de trabalho, condição social, gênero e raça/etnia. Há questões estruturais em jogo e que não são analisadas nos discursos apresentados como de saúde.

Não será possível apostar em uma saúde crítica pela decolonialidade sem trazer ao centro do debate as questões de gênero e o racismo, temas ignorados na recomendação e no documento da OMS. Estão em jogo historicamente a colonialidade do poder, do ser, e do saber. Quando se identifica as opressões associadas com a atividade física, percebe-se que mulheres, negras e de baixa escolaridade são aquelas com menor acesso à atividade física de lazer [4]. Além de investir em um debate sobre desigualdade é preciso ajustar as lentes para compreender e transformar as estruturas que não são apenas de classe, mas combinadas com marcadores étnico-raciais, de gênero, entre outros.

Além disso, a noção de atividade física como somatório de minutos se afasta de uma compreensão de movimento na perspectiva cultural, política, social. Também não são estimulados os sentidos relacionais, de convivência, de educação e emancipação

Conforme Strain et al. [5] a contribuição relativa da atividade física de trabalho, deslocamento e do âmbito doméstico é superior a 95% em países de renda baixa e média, com proporção de 96% nos países mais pobres e de 92% nos países de renda média. Isso significa que a atividade física de lazer é um privilégio de poucos e que são necessárias discussões sobre as especificidades dos domínios da atividade física e sua interface com questões estruturais interligadas aos sistemas de opressão e poder.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Há um movimento complexo, e também pessoal, de não esvaziar de sentido o tema decolonial no âmbito acadêmico, mas reconhecer sua dimensão política. Está aqui colocada a perseguição da coexistência coerente entre projeto acadêmico e intervenção na realidade, considerando na saúde as mudanças em direção à justiça social. A área da atividade física pode questionar as narrativas universais a que se vinculou, oferecer contrapontos marcando as dimensões constitutivas de opressão entre raça, gênero e classe, e assim refutar a recomendação de que “qualquer movimento conta”, assinalando as iniquidades que as constituem e construindo outras recomendações para a atividade física.

Ao apontar a contribuição da decolonialidade persegue-se um reposicionamento que situe a saúde e a atividade física a partir de uma perspectiva de justiça social, de direito, onde as práticas sejam acessíveis, de qualidade e emancipatórias, especialmente fomentadas no espaço-tempo do lazer e com um prisma da equidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Jáuregui A et al. When moving is the only option: the role of necessity versus choice for understanding and promoting physical activity in low- and middle-income countries. *Annu Rev Public Health*. 2022;44:151–169. doi 10.1146/annurevpublhealth-071321-042211
- (2) Organização Mundial Da Saúde. Plano Global de Atividade Física 2018-2030: mais pessoas ativas para um mundo saudável. Geneva: OMS; 2018.
- (3) Bernardino-Costa J; Grosfoguel R. Decolonialidade e perspectiva negra. *Revista Sociedade e Estado*. 2016; 31(1).
- (4) Mielke G et al. All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. *BMC Public Health*. 2022;22:36.
- (5) Strain T, Wijndaele K, Garcia L, et al. Levels of domain-specific physical activity at work, in the household, for travel and for leisure among 327 789 adults from 104 countries. *Br J Sports Med*. 2020; 54(24):1488–1497. doi:10.1136/bjsports-2020-102601

PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS (RD) PARA CONSUMIDORES DE ESTEROIDES ANDROGÊNICOS ANABOLIZANTES (EAA)

Marcel Segalla¹

Heitor Martins Pasquim

Rafael Almeida Azevedo

Maria De Lourdes Brito Amorim

Roberta Costa

Rogério dos Santos Dias Bria

Victor Ballota

Hamilton Roschel

Bruno Gualano

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O consumo de EAA representa um desafio complexo ligado aos padrões da sociedade atual, haja vista a prevalência global, estimada em 3,3% (1). Funcionando como um tipo de droga de melhoramento humano (2), seu uso parece ter se generalizado entre praticantes de musculação apesar de promover potenciais riscos à saúde, como morte súbita, doenças cardiovasculares, alterações neuropsiquiátricas, disfunções emocionais e cognitivas (2).

Infelizmente, ainda não existem políticas públicas suficientes para cuidar de quem usa EAA. Faltam profissionais de saúde capacitados, conhecimento sobre barreiras e informações sobre como minimizar os riscos (2). Essa falta de evidências científicas e recursos terapêuticos é ainda mais crítica na América Latina, prejudicando a implementação de práticas de saúde e linhas de cuidado baseadas em evidências (3). Dentre as opções de cuidados com a saúde dessa população, destaca-se a relevância da perspectiva da RD (4). A RD busca a autonomia, a humanização e o cuidado de pessoas que consomem drogas. Neste estudo isso é feito por meio de processos educativos e participativos coletivos norteados por evidências científicas.

Pergunta-se: É possível produzir práticas de RD a partir de um processo educativo participativo com consumidores de EAA?

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi produzir práticas de RD a partir de um grupo educativo de consumidores voluntários de EAA, na cidade de São Paulo/ Brasil.

METODOLOGIA

O estudo é parte do SOS, uma coorte prospectiva de usuários de EAA, avaliada periodicamente

1 E-mail: marcelsegallabueno@gmail.com

por um consórcio multidisciplinar. Aninhado ao estudo, está um RCT para testar um novo programa de RD vs. controle. Os resultados deste resumo são do estudo-piloto da intervenção em RD.

Como pesquisa-intervenção participativa, (5) ancorada na saúde coletiva, realizaram-se, em São Paulo/Brasil, seis encontros educativos de 10/2024 a 01/2025. Acompanharam-se usuários de EAA, considerados neste estudo como participantes-experientes, selecionados pela técnica “Bola de Neve”.

Amostra de quatro homens cisgênero, de 22 a 45 anos, que pretendiam usar EAA sem prescrição médica e se voluntariaram. A abordagem foi não julgadora e focada nas demandas dos participantes, promovendo reflexões críticas para decisões conscientes sobre EAA, por meio de operacionalização horizontal e dialogada.

Cada encontro tinha uma tema definido por consenso entre os todos, no encontro anterior, iniciando no acolhimento, apresentação do tema e discussões. Foram usadas salas da FMUSP com apoio audiovisual e registrados áudios, depois transcritos como fonte para análise do conteúdo. CAEE:77455824.7.0000.0068.

RESULTADOS

Os temas selecionados para os encontros foram: explicação fisiológica da contração muscular no exercício, orientações sobre alimentação e os eixos hormonais. Também se debateu pontualmente a pressão estética, a sobrecarga de viver a vida, a musculosidade e a virilidade. O grupo também proporcionou a troca de experiências e saberes cotidianos, promovendo cuidado, vínculo e, especialmente, acolhimento mútuo. Exemplifica-se isso com a apreciação mútua e reconhecimento dos ganhos musculares entre os participantes, reforçando, entre eles mesmos, a desnecessidade do uso de EAA por um participante em específico.

Ao final todos os participantes reconsideraram suas decisões sobre o consumo de EAA. Especificamente, dois participantes adquiriram as drogas, mas optaram por não utilizá-las: um em função das informações obtidas na pesquisa-intervenção e; outro por iniciar um novo trabalho. O terceiro participante encerrou o ciclo em que estava e relatou não retomar o uso em função de um novo emprego que concorria com a disciplina de treinamentos necessária para o uso de EAA. E o último que planejava montar o ciclo e comprar as drogas, também desistiu por assumir uma nova função no trabalho. Embora a intervenção de RD não tenha como meta única a interrupção do uso, esse resultado foi notável.

Mudanças relacionadas aos aspectos do trabalho, em especial à conquista de estabilidade num recente emprego, parece mediar uma nova percepção sobre a necessidade do consumo de EAA. Esse dado, ainda que em um pequeno corpus amostral de um estudo-piloto, indica pistas para respostas de saúde em RD para EAA. As aparentes motivações para consumo baseadas em melhoria de performance atlética e estética, parecem tão importantes quanto a estabilidade de trabalho para mudanças do consumo de EAA.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O trabalho descreveu uma intervenção em RD a indivíduos que tinham a intenção de consumir EAA. Considera-se, portanto, que as práticas em RD, embora não estejam tradicionalmente voltadas aos consumidores de EAA, parecem representar um caminho possível e eficaz para o cuidado em saúde desta população. Informações de evidências científicas, acolhimento de vivências, angústias e triunfos deram coesão ao grupo e segurança entre pares. Isso parece crucial para a alteração das decisões dos participantes em relação ao consumo dos EAA. O resultado inesperado a ser mais profundamente discutido foi o trabalho estável que parece determinante para composição do lugar do consumo de EAA na vida dos participantes.

Este trabalho foi um estudo-piloto para o que será o grupo intervenção em RD de um ensaio controlado randomizado (RCT) que analisará mais participantes em mais encontros educativos de RD.

REFERÊNCIAS

- (1) Sagoe D, Molde H, Andreassen CS, Torsheim T, Pallesen S. The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Ann Epidemiol.* maio de 2014;24(5):383–98.
- (2) Bonnecaze AK, O'Connor T, Burns CA. Harm Reduction in Male Patients Actively Using Anabolic Androgenic Steroids (AAS) and Performance-Enhancing Drugs (PEDs): a Review. *J Gen Intern Med.* julho de 2021;36(7):2055–64.
- (3) Ferreira TC, Palma A, Pasquim HM. Redução de danos entre praticantes de musculação que consomem esteroides. *Saúde E Soc.* 2023;32(3):e220585pt.4.Ministrio da Saude. Portaria 1028. 2005.
- (4) Renault L, Ramos J. Participar da análise, analisar a participação: aspectos metodológicos de uma pesquisa-intervenção participativa em saúde mental. *Saúde E Soc.* dezembro de 2019;28(4):61–72.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Marcelo Spiandon¹

Rogério Nogueira de Oliveira

Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Determinação Social da Saúde (DSS) compreende fatores socioeconômicos, ambientais e culturais que influenciam o processo saúde-doença, ampliando desigualdades e impactando o bem-estar populacional¹. No Brasil, Minayo² destaca que a precarização do trabalho, a pobreza e a exclusão social aumentam a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico. A Atenção Básica (AB) é essencial para mitigar esses impactos, mas o modelo biomédico ainda predomina, resultando na medicalização excessiva dos transtornos mentais comuns³.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) surgem como alternativa para ampliar o cuidado na saúde mental no nível primário de atenção, promovendo abordagens holísticas que favorecem a autonomia dos sujeitos e reduzem a dependência de psicofármacos^{4,5}. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006⁶, fortaleceu sua incorporação ao SUS, mas desafios como resistência institucional e falta de capacitação persistem.

Esta pesquisa analisa como as PICS contribuem para a promoção da saúde mental (SM) na AB, considerando a DSS como eixo central e destacando seu potencial para um cuidado mais integral e equitativo.

OBJETIVO

Compreender de que forma as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) vêm sendo abordadas na literatura científica recente como estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Básica, à luz da Determinação Social da Saúde (DSS).

Identificar as principais PICS utilizadas, seus benefícios, sua relação com a redução da medicalização e os desafios de implementação no SUS, destacando seu potencial para fortalecer o cuidado integral e equitativo à saúde mental.

METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, com análise de artigos publicados entre 2014 e 2024 nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS. A

1 E-mail: maspiandon@gmail.com

escolha dessa abordagem justifica-se pela necessidade de compreender o tema a partir de diferentes perspectivas teóricas e empíricas.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos que abordam a relação entre DSS, saúde mental e PICS no contexto da Atenção Básica; (2) estudos publicados em português, inglês ou espanhol, nos últimos dez anos; e (3) documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a implementação das PICS no SUS. Foram excluídos trabalhos que não apresentassem uma relação direta com os temas propostos ou que tivessem caráter exclusivamente opinativo, sem embasamento empírico.

A análise dos dados seguiu uma abordagem qualitativa, baseada na técnica de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin⁷. Os artigos selecionados foram categorizados de acordo com os principais eixos temáticos do estudo, permitindo uma sistematização das evidências sobre os benefícios e desafios da implementação das PICS na AB.

RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa evidenciam que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) desempenham um papel relevante na promoção da saúde mental na Atenção Básica (AB). Estudos analisados^{1,2,3} demonstram que práticas como acupuntura, yoga, meditação, fitoterapia e aromaterapia reduzem sintomas de estresse, ansiedade e depressão leve, promovendo maior equilíbrio emocional e bemestar. Além disso, a inserção dessas terapias no cuidado fortalece a relação entre profissionais de saúde e usuários, proporcionando acolhimento e ampliando as possibilidades terapêuticas para além do modelo biomédico tradicional⁴.

Outro achado relevante é a redução da medicalização excessiva dos transtornos mentais comuns. Evidências apontam que o uso de PICS pode diminuir a dependência de psicofármacos, evitando efeitos adversos e promovendo uma abordagem mais holística da saúde mental. No entanto, ainda há desafios para sua consolidação na AB, como a falta de capacitação profissional, resistência institucional e escassez de financiamento adequado^{2,4,5}.

A análise também destaca que a efetividade das PICS está associada a políticas públicas que garantam sua expansão e incorporação sistemática no SUS. Assim, a ampliação dessas práticas pode contribuir para um modelo de atenção mais integral, humanizado e equitativo, alinhado à perspectiva da Determinação Social da Saúde (DSS)^{1,3}.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As PICS representam um diferencial estratégico na promoção da saúde mental, ao oferecerem alternativas terapêuticas mais humanizadas e alinhadas ao conceito de integralidade do cuidado. Sob a ótica da DSS, essas práticas possibilitam a ampliação das estratégias de cuidado em saúde, promovendo maior equidade no acesso a tratamentos eficazes e culturalmente sensíveis.

A ampliação das PICS na APS exige investimentos em capacitação profissional, financiamento adequado e superação de resistências institucionais. Além disso, é fundamental fortalecer a produção de evidências científicas que embasem a eficácia dessas práticas, garantindo sua consolidação como política pública de saúde mental no SUS.

Dessa forma, este estudo reforça a necessidade de um modelo de atenção que vá além da medicalização do sofrimento psíquico, incorporando abordagens que respeitem a complexidade da saúde mental e sua relação com os determinantes sociais da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. London: Bloomsbury; 2005.
- (2) Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- (3) Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- (4) Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc Saúde Colet. 2008;13(1):195-206.
- (5) Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(4):e 2017-0014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS–PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- (7) Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.

PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL: INTERFACES PARA A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO SUS

Marcela Dal Bem Marcelino¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O trabalho é uma dimensão fundante da vida humana, estruturando a subjetividade e os vínculos sociais (1). No entanto, as transformações provocadas pela reestruturação produtiva e pelo avanço do neoliberalismo desde os anos 1980 resultaram em flexibilização de direitos, vínculos instáveis e sobrecarga, intensificando a lógica da competitividade e da responsabilização individual (2). Esse novo modelo organizacional tem contribuído para o esvaziamento do sentido do trabalho e para o aumento de transtornos mentais como depressão, ansiedade, burnout e estresse ocupacional.

A precarização, nesse sentido, atua como um determinante social do adoecimento, impactando diretamente a saúde mental da classe trabalhadora. Diante disso, a Psicologia, quando integrada às políticas públicas e ao campo da saúde coletiva, tem papel central na escuta qualificada, no acolhimento e na produção de práticas interdisciplinares de cuidado em saúde do trabalhador. Este estudo propõe uma análise crítica das repercussões subjetivas da precarização laboral, à luz da determinação social da saúde, articulando contribuições da psicodinâmica do trabalho e diretrizes do SUS para fortalecer a atuação da(o) psicóloga(o) na defesa da saúde mental como direito.

OBJETIVO

Analisar os impactos da precarização das relações de trabalho na saúde mental da classe trabalhadora, enfatizando a importância da atuação da Psicologia na formulação de estratégias intersetoriais de cuidado e vigilância em saúde. Pretende-se ainda discutir como a perda do sentido do trabalho, a violência organizacional e os vínculos laborais frágeis se articulam na produção do sofrimento psíquico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, fundamentada na determinação social do processo saúde-doença. A análise foi construída com base em documentos institucionais e produções científicas que abordam os efeitos da precarização do trabalho sobre a saúde mental, com ênfase na atuação da Psicologia no SUS.

Foram utilizados o *Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho* (3), os *Cadernos de Atenção Básica* nº 5 – *Saúde do Trabalhador* (4) e o documento do CFP sobre a atuação da(o) psicóloga(o) na

1 Universidade Vila Velha. E-mail: marceladalbem@hotmail.com

saúde pública (5), além de autores como Franco, Druck e Seligmann-Silva (2). A análise priorizou categorias como subjetividade, sofrimento psíquico e estratégias de cuidado no campo da saúde do trabalhador.

RESULTADOS

A análise evidencia que a precarização das relações de trabalho constitui fator estruturante do sofrimento psíquico no contexto neoliberal (2). O esvaziamento do sentido do trabalho, a intensificação das jornadas, o controle excessivo, o assédio moral e a instabilidade contratual atuam como determinantes do adoecimento, contribuindo para o aumento de transtornos como depressão, burnout, ansiedade e transtornos de estresse pós-traumático (3). A literatura aponta que o sofrimento psíquico se manifesta como uma reação subjetiva à violência simbólica institucionalizada no espaço de trabalho (5). Diante disso, torna-se essencial o fortalecimento da atuação das(os) psicólogas(os) no SUS, por meio da vigilância em saúde, da escuta qualificada e da construção de estratégias intersetoriais que articulem os CERESTs, a atenção básica e os serviços de saúde mental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A precarização do trabalho expressa uma racionalidade produtiva que desconsidera a subjetividade do trabalhador, promovendo sofrimento e adoecimento psíquico. A Psicologia, inserida nas políticas públicas, deve atuar de forma crítica e comprometida com os direitos humanos, contribuindo para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e para a construção de redes de cuidado que valorizem a experiência subjetiva do sofrimento no trabalho. Fortalecer o SUS e os espaços coletivos de cuidado é um imperativo ético-político para a superação das violências que atravessam o mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

- (1) Semeraro G. A concepção de “trabalho” na filosofia de Hegel e de Marx. *Educ Filos.* 2013;27(53):87–104.
- (2) Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(122):229–48.
- (3) Souza SF (org.). *Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho*. Salvador: CESAT/SESAB; 2014.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica nº 5 – Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- (5) Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para a atuação da(o) psicóloga(o)*. Brasília: CFP; 2019.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador: fundamentos, práticas e perspectivas*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador: linhas de cuidado*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

PRECONCEITO HISTÓRICO DE GÊNERO NA ENFERMAGEM

Solange Aparecida Caetano¹

Elaine Aparecida Leoni

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

Péricles Cristiano Batista Flores

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Compreende-se que a enfermagem tem uma relação intrínseca com o ato de cuidar, relacionando com a compaixão, o que influenciou a consolidação da profissão, mormente, feminina. Tal conjuntura está ligada à divisão sexual histórica do trabalho, onde atribuiu-se alguns atributos às mulheres, a saber, delicadeza e empatia, conduzindo para as áreas de cuidado. ^[1]

Além disso, há o fato ignominioso de que as enfermeiras, substancialmente, são posicionadas em papéis subordinados, historicamente, o que constata a desigualdade de gênero no ambiente laboral. ^[2] De certo, a construção histórica da enfermagem revela, de forma direta, como os estereótipos de gênero influenciaram a sua evolução. Na enfermagem moderna, a profissão foi marcada devido aos preconceitos que relacionam o cuidado, de forma exclusiva, às mulheres, o que influi a ideia de que a enfermagem seria uma extensão das responsabilidades domésticas.^[3] Tais estereótipos contribuem para a continuação de condições de trabalho prejudiciais e para a restrita valorização profissional, como, por exemplo, a relação hierárquica desigual entre médicos e enfermeiras, o que faz com que estas hesitem em questionar decisões médicas.^[4]

OBJETIVO

O escopo do estudo é discorrer e compreender sobre o preconceito histórico de gênero na enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, conduzida no período de fevereiro a abril de 2025, mediante levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science, Medical Literature Analyses and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a condução da revisão integrativa, adotou-se o referencial metodológico [5] que contempla as seguintes etapas: (1º) identificação da questão norteadora, (2º) realização da busca bibliográfica, (3º) seleção e categorização dos estudos, (4º) avaliação crítica das publicações incluídas, (5º) interpretação dos dados obtidos e (6º) síntese do conhecimento produzido. A pergunta norteadora foi: Qual a importância do preconceito histórico de gênero na enfermagem? Nesse contexto, a formulação da questão norteadora contribuiu significativamente para o delineamento do estudo e para a condução das análises.

1

Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo. enfermeirasolangecaetano01@gmail.com

RESULTADOS

As investigações dos artigos analisados constataam que o preconceito de gênero, enraizado historicamente, é um fator essencial para compreender a desvalorização da enfermagem. De certo, a ocupação, predominantemente feminina, foi constituída e consolidada em um contexto patriarcal, sendo vinculada ao cuidado subordinado, carente de autonomia e reconhecimento. Essa construção sociocultural ainda repercute em estigmas, baixa valorização e barreiras ao progresso das enfermeiras. Artigos encontrados nas bases de dados apontam que essa exclusão é histórica e ocorre em diversos países. [6] [7]. Enquanto que em outro artigo é evidenciado que o sexismo restringe o reconhecimento das habilidades das profissionais, comprometendo sua autoconfiança e aumentando o desgaste ocupacional. [8] Adiciona-se que dois estudos destacam a manifestação do sexismo ambivalente, inclusive no meio formativo, sustentando desigualdades por meio de discursos aparentemente positivos [9] [10]. Em um dos estudos, revela-se como o sexismo internalizado afeta negativamente a liderança e a segurança profissional das enfermeiras [11]. Enquanto que em outro artigo é enfatizado que a estigmatização da categoria e sua associação à fragilidade, contribuindo para violências simbólicas e físicas [12]. Dessa forma, o preconceito de gênero, historicamente construído, continua operando de forma estrutural, impactando diretamente a valorização da enfermagem e dificultando a legitimação de seu papel nos sistemas de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, denota-se que o preconceito de gênero, o qual está enraizado na história da enfermagem, possui considerada influência na valorização da profissional de enfermagem. Ao longo das pesquisas, percebe-se que a profissão foi marcada por estigmas e estereótipos, influenciando para a desvalorização das competências das enfermeiras, engendrando entraves para o reconhecimento, a autonomia e para a ascensão na carreira. O sexismo, como principal fonte de preconceito, está presente em vários âmbitos, seja no laboral como no acadêmico, afetando a autoestima, o desempenho e a liderança das mulheres na enfermagem. Dessarte, faz-se premente o reconhecimento social dessas conjunturas de desigualdade para promover mudanças efetivas que possam garantir uma equidade de gênero e uma maior valorização da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira ML; Souza CA. A precarização do trabalho na enfermagem e a desvalorização da profissão. Repositório UNESP; 2019.
- [2] Rocha SRS et al. Relações de gênero na formação profissional: desafios no campo da enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2024;14:e19.
- [3] Pereira TF; Lima SR. A influência dos estereótipos de gênero na construção da enfermagem no Brasil. Conferências UNIFOA; 2021
- [4] Minority Nurse. Desigualdade estrutural e diversidade em enfermagem. Minority Nurse; 2013. p. 30-35.

- [5] Mendes DS et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-764.
- [6] Almeida DB et al. Estereótipos sexistas na enfermagem portuguesa: um estudo histórico no período de 1935 a 1974. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2016;20(2):228-235.
- [7] Gugel SCR et al. Valorização da enfermagem brasileira: analisando aspectos históricos e de gênero. *Nursing.* 2020;23(264):3930-3933.
- [8] Silva PSS et al. Perception of professors and nurses about sexism in nursing. *Medicina.* 2023; 56(4):515-522.
- [9] Tekkas KK; Beser A; Park S. Ambivalent sexism of nursing students in Turkey and South Korea: A cross-cultural comparison study. *Nursing Health Sciences.* 2020;22(3):612-619.
- [10] Vasconcelos S. Psychometric evidence of the Ambivalent Sexism Inventory in undergraduate nursing students at a public institution. *Rev Latino-Americana Enferm.* 2025;33:e4413.
- [11] Park S et al. Influences of gender-related perceptions and experiences on nursing professionalism: A cross-sectional study. *Nursing Health Sciences.* 2019;21(4):515-522.
- [12] Aca Z et al. Gender stereotypes and professional experiences of female nurses in Türkiye. *Frontiers in Public Health.* 2025;13:1538517. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1538517>

PRECONCEITO NO CUIDADO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIV: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE E DIAGNÓSTICO NO BRASIL (2003-2023)

Gabriel Viveiros Da Glória¹
Ákyla Vitória Carvalho Gonçalves
Ellen Rodrigues Moura
Carolina Miranda Bonelli
Ana Luiza De Rezende
Ana Beatriz De Andrade Pereira
Juliano Martins De Marins
Júlia Pireda Felix Da Silva
Mariana Mello Dos Santos
Maria Cristina Almeida De Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal em 1988 e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) marcaram um marco na garantia constitucional da saúde como direito de todos no país e no acesso equitativo da população em geral a serviços de saúde abrangentes. Enquanto os princípios de equidade e não discriminação estão consagrados no papel, ainda existem barreiras consideráveis ao acesso efetivo e ao cuidado de populações historicamente marginalizadas — incluindo a população LGBTQIA+ — na prática. No campo da saúde sexual e reprodutiva, o estigma historicamente associado à homossexualidade e ao HIV/AIDS tem produzido efeitos profundos, tanto nas políticas públicas quanto nas práticas cotidianas de profissionais de saúde. Esta discriminação institucionalizada culmina em cuidados negligentes, servidão automatizada e, em alguns casos, nenhum atendimento.. Apesar do discurso hegemônico ainda vincular o HIV majoritariamente à população homossexual, dados do sistema de informação TABNET/DATASUS (1) demonstram que, no Brasil entre os anos de 2003 e 2023, o número de diagnósticos de HIV em pessoas heterossexuais foi superior ao observado entre pessoas homossexuais. Este achado destaca a necessidade premente de revisitar o conteúdo dos paradigmas de cuidado, priorizando a eliminação do preconceito e o fortalecimento de práticas mais humanizadas e integrais, com base em evidências científicas.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é analisar a relação do preconceito institucional da orientação sexual no sistema de saúde no Brasil e os diagnósticos de HIV de 2003 a 2023. Para tanto, pretende comparar dados de diagnóstico de indivíduos heterossexuais e homossexuais, refletir sobre o papel discriminatório

1 Universidade de Vassouras. E-mail: gvg.viveiros@gmail.com

nas práticas de cuidado direcionadas às populações LGBTQIA+ e debater a necessidade de revisão das políticas públicas e modalidades de cuidado à saúde sob a perspectiva da equidade e integralidade.

METODOLOGIA

Este estudo adotou abordagem quanti-qualitativa. Na análise quantitativa, foram coletados dados secundários sobre casos de HIV no Brasil (2003–2023) via TABNET/DATASUS, considerando a orientação sexual (homossexual e heterossexual) como principal variável. Calculou-se a média anual de notificações e aplicou-se o teste t de Student para amostras independentes ($p < 0,05$). A normalidade e homogeneidade das variâncias foram verificadas pelos testes de Shapiro-Wilk e Levene. Na análise qualitativa, realizou-se uma revisão narrativa da literatura científica em bases como SciELO, priorizando estudos sobre estigma relacionado ao HIV/AIDS, homofobia institucional e barreiras ao acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde. A combinação de métodos visa comparar a distribuição epidemiológica da infecção por HIV com os efeitos contínuos da discriminação contra homens homossexuais na atenção à saúde.

RESULTADOS

De 2003 a 2023, o Brasil registrou 102.177 casos de HIV entre gays e 293.133 entre heterossexuais. O número total de diagnósticos foi encontrado dramaticamente maior entre heterossexuais, com uma média anual de 13.959, em comparação com 4.866 em homossexuais, uma diferença de cerca de 9.093 casos por ano. Essa diferença é estatisticamente significativa ($t(40) \approx 10.77$; $p < 0,001$) de acordo com um teste t de Student, revelando maior associação de HIV entre indivíduos heterossexuais no período analisado. No entanto, o estigma, antes tipicamente reservados para homens gays, continuam profundamente enraizados na sociedade e nos serviços de saúde. Desde os anos iniciais da epidemia de HIV/AIDS, a homossexualidade foi erroneamente associada à transmissão do vírus (2), o que gerou um tipo de imaginação social que inerentemente marcou a orientação sexual dos homens gays com risco, promiscuidade e marginalidade sanitária (3). Este vínculo estigmatizante também desempenhou um papel na formação e perpetuação de obstáculos de longo prazo ao acesso ao cuidado e se manifestou como práticas discriminatórias na saúde sexual e reprodutiva (4). Nos cuidados de saúde, as relações das pessoas LGBTQIA+, até o presente momento, ainda podem vivenciar uma falta de acolhimento, desinformação profissional ou despreparo técnico para enfrentar suas demandas particulares. O cenário agrava-se pelo descaso institucional e pela insuficiência de políticas formativas voltadas para a saúde sexual de tais minorias, a favor do subdiagnóstico e agravamento de doenças evitáveis (5). Políticas públicas que assegurem um serviço inclusivo, equitativo e livre de discriminação são urgentemente necessárias para que todas as populações, independentemente de sua orientação sexual, experimentem a saúde com dignidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A diferença entre a super-representação de heterossexuais e a mira exclusiva dessas ações aos homossexuais ilustra a manutenção de práticas baseadas em estigmas, em vez de evidências. Esta distorção reflete um viés sem fundamentos objetivos, historicamente presente nas instituições de saúde, desconectado da realidade, contribuindo para a invisibilidade e marginalização da comunidade LGBTQIA+ nos cuidados. A orientação sexual, em vez de um dado clínico entre muitos, torna-se um marcador de suspeita, produzindo respostas desiguais e discriminatórias. Ao reproduzir essas lógicas, a política pública de saúde recria e perpetua desigualdades, normaliza a violência institucional e subverte a integralidade do cuidado. É fundamental, no contexto das revisões necessárias e válidas de protocolos e condutas, que estas sejam embasadas no enfrentamento ao moralismo sanitário (6), na valorização do fazer diferente e na construção de um SUS verdadeiramente não discriminatório, guiado pela justiça social.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). TABNET. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
- (2) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS update 2020 – Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: UNAIDS; 2020.
- (3) Parker R. Abaixo do equador: culturas de desejo, homossexualidade masculina e comunidades emergentes no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Record; 2000.
- (4) Sousa MAC, Carneiro ABB, Sales EBA, Duarte IN. Entre barreiras simbólicas e físicas: o HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde. Rev APS. 2022;25(1):124–34.
- (5) Ayres JRCM. Aconselhamento em DST/AIDS: uma abordagem socioeducativa. São Paulo: Ministério da Saúde; 2002.
- (6) Silva MP. Cuidando da saúde: diálogos sobre a política de atenção integral para a população LGBT [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2018.

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA - UNILA. 2024

Vanessa Beatriz De Lima¹

Luana Monserrat Rolon Rolon

Patrícia Maria Arruda Aragão

Lounandjina Joseph

Larissa Xavier De Miranda

Isaac De Araujo Castro Vasconcelos

Isabela Garcia Da Rocha

Ehideé Isabel Gomez La-Rotta

Carmen Justina Gamarra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental comum e multifacetado, caracterizado por humor deprimido, redução de energia, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite e dificuldade de concentração. [1]

Entre estudantes universitários, a depressão representa um problema significativo, especialmente diante das mudanças marcantes vivenciadas ao ingressarem na universidade. [2] O afastamento da família e a migração para outras cidades tornam essa fase de transição particularmente desafiadora, impactando a saúde física e mental. [3]

Na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), esse cenário pode ser ainda mais acentuado. Criada em 2010, a UNILA é uma instituição pública e bilíngue, localizada em Foz do Iguaçu, na Tríplice Fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. Seu principal objetivo é promover a integração latino-americana por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, reunindo estudantes de diversos países da região. Atualmente, cerca de 30% dos estudantes da UNILA são estrangeiros, [4] o que torna o ambiente acadêmico multicultural e desafiador. A adaptação a um novo idioma, as diferenças culturais e a distância da família podem intensificar a vulnerabilidade dos alunos a sintomas depressivos, tornando essa questão ainda mais relevante.

Diante desse cenário, torna-se essencial compreender a prevalência da depressão nessa população e identificar fatores associados, a fim de embasar a formulação de estratégias eficazes de suporte à saúde mental no ambiente universitário.

OBJETIVO

Avaliar a prevalência da depressão e os fatores de risco associados entre os estudantes da UNILA.

1

Universidade Federal da Integração Latino-americana. E-mail: yb.lima.2023@aluno.unila.edu.br

METODOLOGIA

Este estudo é parte da pesquisa “Avaliação de depressão e ansiedade entre estudantes da UNILA”. Trata-se de um estudo transversal com amostragem por conveniência entre universitários. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2024, por meio de um questionário online divulgado em canais institucionais, após consentimento dos participantes.

O questionário incluiu variáveis sociodemográficas, acadêmicas e escalas para medir ansiedade, estresse e depressão. A depressão foi avaliada pela escala *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), composto por nove questões que avaliam a frequência de sintomas depressivos nos últimos 14 dias. [5] O score total varia de 0 a 27, onde valores mais elevados indicam maior gravidade dos sintomas depressivos, podendo ser analisados como medida contínua, avaliando os níveis de sintomas. No presente estudo, estudantes com escores ≥ 10 pontos foram classificados com depressão.

A análise dos dados incluiu estatísticas descritivas e a identificação de fatores associados à depressão, utilizando razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer nº 6.340.093, emitido em 3 de outubro de 2023, e identificado pelo CAAE 74103523.7.0000.0107.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 193 estudantes da UNILA, sem distinção de curso, dos quais 175 (94,09%) estavam matriculados em cursos de graduação. A média de idade dos participantes foi de 26,95 anos (DP = 7,81), com a maioria (63,22%) situada na faixa etária entre 22 e 29 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (61,17%) e 84,57% relataram não ter parceiro. Além disso, 10,16% dos estudantes relataram ter pelo menos um filho e 48,09% se autodeclararam brancos. Já em termos de nacionalidade, 63,21% eram brasileiros.

A prevalência de depressão foi de 50,78%, dos 93 participantes, 98 foram classificados como positivos para depressão, apresentando pontuação maior que 9 no PHQ-9. Os resultados indicaram que os níveis de depressão foram mais elevados nos grupos classificados como depressão leve (27,28%) e moderada (24,6%).

A análise bivariada revelou uma maior proporção de depressão entre estudantes mais jovens, do sexo feminino, sem filhos, com parceiro e de nacionalidade brasileira. Por outro lado, menores proporções de sintomas depressivos foram identificadas entre os respondentes que se autodeclararam de cor de pele branca, aqueles cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), os que não faziam uso de medicamentos prescritos e os que não utilizavam drogas psicotrópicas. Contudo, o risco de depressão foi estatisticamente significativo apenas entre estudantes mais jovens (RP = 1,47; IC95%: 1,10-1,95) e entre aqueles sem filhos (RP = 2,70; IC95%: 1,12-6,50). Por outro lado, o risco foi menor entre os que não faziam uso de medicamentos prescritos (RP = 0,51; IC95%: 0,37-0,69) e os que não utilizavam drogas psicotrópicas (RP = 0,74; IC95%: 0,56-0,98).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados apontam para uma alta prevalência de depressão entre os estudantes da UNILA, com mais da metade da amostra apresentando sintomas moderados a graves. Estudos anteriores corroboram essa elevada prevalência entre universitários, [2, 3] reforçando a importância da saúde mental no contexto universitário e a necessidade de estratégias eficazes para promover o bem-estar psicológico dos estudantes.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a amostragem por conveniência, que pode restringir a generalização dos achados. Além disso, esta pesquisa apresenta resultados parciais de um estudo mais amplo e ainda em andamento. Pesquisas futuras, com amostras mais representativas e abordagens metodológicas complementares, poderão aprofundar a compreensão do tema, contribuindo para a formulação de políticas institucionais mais inclusivas e acolhedoras voltadas à prevenção e ao manejo de agravos mentais na população acadêmica.

REFERÊNCIAS

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. p. 155-158.
- [2] Maltoni J, de Camargo Palma P, Neufeld CB. Sintomas ansiosos e depressivos em universitários brasileiros. Psico. 2019;50(1):e29213-e29213.
- [3] Oliveira IC de, et al. Fatores associados à depressão em estudantes universitários: uma revisão sistemática da literatura. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2025;18(2):e15183. DOI: 10.55905/revconv.18n.2-034.
- [4] Universidade Federal da Integração Latino-Americana. UNILA em Destaque: Relatório anual revela impactos da Universidade na região trinacional e na América Latina. Portal UNILA. 2024 jan 25 [citado 2025 abr 4]. Disponível em: <https://portal.unila.edu.br/noticias/unila-em-destaque-relatorio-anual-revela-impactos-da-universidade-na-regiao-trinacional-e-na-america-latina>.
- [5] Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSPd, Silva NTBd, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. Cad Saude Publica. 2013;29(8):1533-1543.

PREVALÊNCIA DO USO DE MACONHA ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA, ES

Andressa Meireles Ribeiro¹

Micael Franco Alves

Milene Diniz Paulucio

Isaura Barros Alves Pinto

Carlos Augusto Lopes

Getulio Sérgio Souza Pinto

Fernanda Garcia Gabira Miguez

Mayara Alves Luis

Franciele Marabotti Costa Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O uso de cannabis não medicinal tem se tornado cada vez mais comum entre adolescentes, representando um risco para essa faixa etária. Embora as consequências do vício ainda não sejam totalmente conhecidas, especula-se que seu uso possa se estender ao longo da vida, contribuindo para doenças cardiovasculares, transtornos de humor – especialmente os com episódios psicóticos – e prejuízos nas funções executivas e no controle inibitório [1-3].

Estudos indicam que esses indivíduos são mais vulneráveis ao consumo de drogas, o que pode levar ao abuso da substância com maior exposição [1]. A maconha é a substância ilícita mais consumida no Brasil, e pesquisas apontam padrões semelhantes em países de média e baixa renda, além dos Estados Unidos, onde a legalização ocorre na maioria dos estados [4].

A falta de conhecimento aprofundado sobre o tema, especialmente entre profissionais de saúde, dificulta a redução do consumo. Assim, é essencial que esses profissionais estejam bem informados para conscientizar os pacientes sobre os riscos do uso excessivo de maconha na adolescência [1].

OBJETIVO

Descrever a prevalência do consumo de maconha entre escolares da Região Metropolitana da Grande Vitória, assim como, forma de acesso e idade de uso.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico transversal realizado na Região Metropolitana da Grande Vitória de março a dezembro de 2023, em escolas de ensino médio públicas e privadas. 4.614 estudantes foram entrevistados, de 14 a 19 anos, em 63 instituições. Para o cálculo amostral, utilizou-se a estratificação e, posteriormente, amostras complexas foram obtidas a partir do programa SPSS 26.

1 Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: andressameireles@hotmail.com

A coleta foi realizada em 63 escolas públicas e privadas. Os desfechos estudados foram: experimentação da maconha alguma vez na vida (sim ou não) e, uso atual (sim ou não), forma de acesso à droga e idade de uso pela primeira vez. Os dados foram coletados através do programa REDCAP. Após a tabulação das informações, foi feita análise descritiva da amostra. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES.

RESULTADOS

Dos alunos entrevistados, 17,6% já experimentaram maconha pelo menos uma vez na vida (n=810), sendo que 6,7% fazem uso atual da droga. Dentre aqueles que utilizaram, 63,5% afirmou estar com 15 anos ou mais no primeiro contato.

Entre as meninas, a frequência é de 18,8% e, em contrapartida, no sexo oposto é de 16,0%. Aproximadamente metade dos escolares conseguiram a droga com um amigo (n=401), seguido pela opção “Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim” (n=86). Dentre os que usam atualmente, cerca de 43,0% utilizaram nos últimos 30 dias, e, 6,7% fazem uso atual de maconha, sendo maior a frequência entre as meninas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados apresentados reforçam a alta prevalência de experimentação e uso atual de maconha entre adolescentes da Região Metropolitana da Grande Vitória, evidenciando a necessidade de políticas preventivas e educativas voltadas para essa população.

Este estudo é de grande relevância para entender o panorama atual do consumo da droga e os determinantes que influenciam esse hábito, tornando mais fácil a adoção de medidas de estratégias de prevenção e conscientização, visando reduzir o consumo de drogas entre adolescentes e minimizar os efeitos adversos sobre a saúde física e mental dos escolares.

Ademais, novas pesquisas devem ser realizadas de caráter longitudinal, a fim de estabelecer relações de causa e efeito. Por último, é crucial que escolas, profissionais de saúde e família estejam alinhados para, dessa forma, possam preservar a saúde dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

- [1] Fernandes RGBM, Souza RCA, Martins KG, Oliveira CM, Meneses DL, Vilela LR. Efeitos da maconha não medicinal no neurodesenvolvimento de adolescentes e jovens. Rev Neurociências. 2022. Doi: 10.34024/rnc.2022.v30.12773
- [2] Miech RA, Patrick ME, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG. Trends in Reported Marijuana Vaping Among US Adolescents, 2017-2019. JAMA. 2020. Doi: 10.1001/jama.2019.20185
- [3] Vellozo EP, Vitalle MSS, Passos MAZ, Niskier SR, Schoen TH, Hall PR. Prevalência do uso de substâncias psicoativas por adolescentes em escolas públicas de um município da Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2023. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN169722>

- [4] Souza SB, Costa FF, Queiroz JPQ, Oliveira GCS, Pinheiro LML, Filho ABO. Uso de maconha entre adolescentes: um estudo transversal com estudantes brasileiros numa área remota da região amazônica. Res Soc Dev. 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22387>

PRINCIPAIS CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA A PARTIR DA INTERSECCIONALIDADE ENTRE RAÇA, CLASSE E GÊNERO: REVISÃO DE LITERATURA (2020- 2024)

Andressa Mel Alves dos Santos¹

Silvana Granado

Karina Caetano

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Mortalidade Materna (MM) é definida como a morte de mulheres durante a gravidez ou até 42 dias após o parto devido a causas relacionadas ou agravadas pela gestação, parto e puerpério¹, sendo um importante indicador social de um país². Na maioria das vezes está associada a causas evitáveis³.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é baseada na quantidade de óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos., que na maioria das vezes está associada a

causas evitáveis³.

A infecção pelo vírus SARS-CoV- 2 está associada a prognósticos ruins na gravidez como menores índices de saturação, maior admissão em Unidades de Terapia Intensiva e na Síndrome Respiratória Aguda Grave². Sendo assim, houve um aumento significativo da MM durante a pandemia também por causas indiretas, como dificuldades de acesso aos serviços de saúde e pré-natal, fatores associados a desigualdades de classe e raça³. Portanto, é evidente a necessidade de produção científica que observe a associação entre a MM e os determinantes sociais de saúde no período pandêmico.

OBJETIVO

Analisar, na literatura científica, os fatores de risco para óbito materno e sua relação com a Covid-19, com foco no quesito raça/cor e os fatores socioeconômicos e obstétricos que influenciam na MM.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão de literatura, permitindo uma análise objetiva sobre o tema abordado, por meio de um estudo sistemático de bibliografias. Foi utilizada a Base de dados Biblioteca Virtual de Saúde; cujas buscas foram feitas por meio das Palavras-chave: Mortalidade Materna e Covid-19; Filtros Utilizados: texto completo, 2020 até 2024 e idiomas português e inglês.

Foram encontrados ao todo 271 artigos, e procedeu-se à catalogação dos resultados, realizada no Excel que incluiu nome do artigo, autores, palavras-chave, referência bibliográfica, e link do artigo.

1 E-mail: andressamelalves26@gmail.com

A seguir procedeu-se a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados. Foram selecionados 20 artigos para leitura e análise integral do texto, sendo utilizado como critério de inclusão a escolha daqueles que discutiam raça e classe social, conforme os objetivos específicos deste estudo. Neste resumo, por questões de limitação de caracteres nas Referências, entre os 20 artigos selecionados, utilizamos apenas os 6 mais relevantes.

RESULTADOS

O Brasil já apresentava alta RMM antes da pandemia, porém em 2021, contabilizou 197,75 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos³. A idade materna acima de 35 anos, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, asma e doenças cardiovasculares aumentaram o risco de MM em pacientes com Covid-19⁴. Outras comorbidades, como doenças renais, eventos trombóticos e eclâmpsia também foram mencionadas.

A variável de raça/cor foi associada à maior MM⁵. Nos artigos que mencionam disparidades raciais durante a pandemia, mulheres pretas apresentaram maior MM em comparação às brancas², e também possuem maior prevalência de doenças crônicas⁶. A sua vulnerabilidade aumentou com o gradiente de cor, indicando o racismo estrutural manifesto na assistência², favorecendo desfechos negativos na gravidez e puerpério. Além disso, a subnotificação do quesito raça-cor é um obstáculo para analisar dados referentes a esse aspecto⁶.

As condições socioeconômicas da população determinaram a qualidade do atendimento de saúde e interferiram no crescimento da RMM durante a pandemia⁴. Os determinantes sociais de saúde são condições relacionadas à etnia, moradia, gênero, questões sociais e econômicas que influenciam a situação de saúde de um grupo populacional e, no caso, a sua RMM. Devido a interseccionalidade, ou seja, a união de características sociais que condicionam a qualidade de vida⁶, observou-se que a Covid-19 atingiu a população brasileira de forma desigual⁴. A falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva e dificuldade de acesso aos sistemas de saúde⁴, também contribuíram para o aumento dos óbitos maternos. Portanto, de acordo com esta revisão bibliográfica, a discriminação racial e a desigualdade social influenciam negativamente no número de MM.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este artigo investigou fatores de risco de MM e a Covid-19, sendo os mais mencionados as doenças crônicas não transmissíveis⁶. Em relação à MM e raça-cor, encontraram-se evidências de que as mulheres negras morreram mais durante a gravidez e puerpério do que as brancas no Brasil⁶. As condições socioeconômicas, que coincidem com características raciais da população brasileira, influenciaram na qualidade de saúde. Os grupos sociais mais pobres e no gradiente de cor apresentam maior MM devido aos determinantes sociais de saúde evidenciando a intersecção destes fatores².

Os estudos encontrados mencionam possíveis soluções como coleta adequada do quesito raça-cor⁶ e programas vacinais direcionados a gestantes. Portanto, a criação de políticas públicas focadas

em uma resposta epidemiológica efetiva é imprescindível para prevenir mortes maternas evitáveis e oportunizar às populações mais vulnerabilizadas a garantia do seu direito à vida².

REFERÊNCIAS

- (1) Tanne JH. Covid-19: US MM rose during pandemic. BMJ. 2023.
- (2) Dantas-Silva A et al. Brazilian Black Women are at Higher Risk for COVID-19 Complications: An Analysis of REBRACO, a National Cohort. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023.
- (3) Cañedo MC et al. Impact of COVID-19 pandemic in the Brazilian MM ratio: A comparative analysis of Neural Networks Autoregression, Holt-Winters exponential smoothing, and Autoregressive Integrated Moving Average models. PLoS One. 2024
- (4) Santos GG et al. Clinical, epidemiological characteristics and mortality of pregnant and postpartum women associated with COVID-19 in Brazil: cohort study. Rev Bras Ginecol Obstet. 2024.
- (5) Ribeiro MR et al. Factors associated with COVID-19 death in pregnant women hospitalized in Intensive Care Units. Rev Bras Enferm. 2024.
- (6) Góes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na pandemia? Ciên Saúde Colet. 2023.

PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE: PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO NORDESTE E ANÁLISE DAS DESIGUALDADES NA FORMAÇÃO.

Bruna Hentges¹

Mayara Cassimira de Souza

Bruna Lazzeri

Milena Cassal

Fabiana Schneider Pires

Daniela Riva Knauth

Luciana Barcellos Teixeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são trabalhadores inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de facilitar o acesso dos usuários às ações de saúde em todo o território brasileiro. Eles atuam em práticas sanitárias nas comunidades, levando em consideração especificidades dos territórios[1].

A Região Nordeste do Brasil desempenhou um papel fundamental na consolidação da atuação dos ACS, sendo pioneira nas ações de promoção e prevenção à saúde em nível domiciliar. Esse movimento teve início em 1987 no estado do Ceará, onde mulheres atuaram como as primeiras agentes de saúde[2]. Em resposta às elevadas taxas de mortalidade infantil e materna e ao surto de cólera que afetava a região no início da década de 1990, o Ministério da Saúde expandiu o programa, criando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o PACS, houve um estabelecimento de responsabilidades territoriais para os agentes, com priorização de ações preventivas e a promoção da integração entre os serviços de saúde e a comunidade.

Em resposta às recentes reformulações das atribuições e à crescente necessidade de formação técnica dos ACS e ACE, o MS lançou o Programa Saúde com Agente (PSA) através da Portaria nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020[3]. Com uma carga horária de 1.275 horas, o curso foi oferecido em formato híbrido, com atividades presenciais e a distância.

OBJETIVO

Considerando o expressivo número de ACS inscritos no PSA, bem como o histórico de formação desses profissionais na Região Nordeste e seu papel fundamental na consolidação do SUS, este estudo foi delineado com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico dos ACS participantes do Programa Saúde com Agente, avaliando a conclusão ou não do curso por parte destes profissionais de saúde.

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: brunahentges01@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, conduzido com dados de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) provenientes da Região Nordeste do Brasil, inscritos no Programa Saúde com Agente (PSA). Os dados analisados neste estudo foram obtidos do sistema de inscrição do Programa Saúde com Agente (PSA), desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no qual os estudantes registravam informações sociodemográficas e ocupacionais. Após a conclusão do curso, foram adicionadas informações sobre a aprovação ou evasão dos participantes. Foram considerados como evadidos todos os estudantes que não finalizaram o curso, seja por reprovação ou desistência. O estudo seguiu os protocolos éticos recomendados e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (parecer n.º 5.679.570; CAAE n.º 60867922.6.0000.5347).

RESULTADOS

Os ACS inscritos no Programa somaram 64.893 trabalhadores na Região Nordeste. A maioria era do sexo feminino (80,6%), autodeclarava-se parda (70,4%) e possuía ensino médio completo (74,8%). Houve predomínio da faixa etária de 40 e 49 anos (43,5%). A expressiva presença feminina evidencia a feminização do trabalho em saúde, enraizada em construções sociais de gênero[4].

A taxa de aprovação no curso foi de 94,3%, destacando-se positivamente frente aos índices de evasão em cursos técnicos no Brasil. A elevada conclusão pode estar associada à proposta pedagógica do PSA, baseada na problematização das práticas e na valorização dos saberes prévios[5], em consonância com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Observou-se maior evasão entre homens (7,8%), entre jovens (até 29 anos: 9,4%) e idosos (acima de 60 anos: 10,8%), autodeclarados amarelos/indígenas (8,5%) e entre aqueles que atendem populações indígenas (14,5%). A menor taxa de conclusão entre homens sugere que o processo formativo, mesmo centrado na prática, pode não dialogar com sujeitos não socializados nas lógicas do cuidado. Esse achado reforça a importância de incorporar a perspectiva de gênero nas estratégias pedagógicas, de modo a reconhecer as diferentes trajetórias, expectativas e desafios enfrentados por homens e mulheres no processo de formação. Além disso, a escolaridade demonstrou ser um importante determinante: profissionais com ensino médio incompleto apresentaram taxa de evasão de 16,4%. Este dado deve ser interpretado à luz das desigualdades educacionais do país, que comprometem o aproveitamento dos alunos, mesmo em cursos com metodologias ativas[6].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O perfil dos ACS participantes do PSA na Região Nordeste caracteriza-se pela predominância de mulheres, pardas, entre 40 e 49 anos, com ensino médio completo e longa experiência na Atenção Básica. A elevada taxa de aprovação revela o potencial de cursos estruturados com base na PNEPS, mas a existência de subgrupos com maior evasão, como homens, jovens, idosos, pessoas com baixa

escolaridade e os que atuam com populações indígenas, evidencia a persistência de desigualdades de gênero, raça e território. A superação dessas barreiras requer a adoção de estratégias formativas inclusivas, culturalmente sensíveis e orientadas pela interseccionalidade, de modo a garantir o direito à educação e à qualificação profissional em saúde para todos os trabalhadores do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saude soc.* 2019;28:309–323.
- (2) Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc saúde colet.* 2011;16:349–360.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.241, de 7 de dezembro de 2020. *Diário Oficial da União*, 2020.
- (4) Rocha NHN, Barletto M, Bevilacqua PD. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. *Interface (Botucatu)*. 2013;17:847–857
- (5) Jesus JMD, Rodrigues W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Trab educ saúde.* 2022;20:e001312201.
- (6) Pereira IDF, Lopes MR, Nogueira ML, Ruela HCG. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. *Trab educ saúde.* 2016;14:377–397.

PROJETO BOM PARTO: BOAS PRÁTICAS NO PRÉ-NATAL COM ÊNFASE NO ATENDIMENTO HUMANIZADO DE GESTANTES INDÍGENAS DA COMUNIDADE PARQUE DAS TRIBOS

Liliane de Oliveira Trindade¹

Mayara Silva Veloso

Rafaella Bitar Bezerra

Yane Salomão Domingos da Silva

Fabiana Mânica Martins

Raniele Alana Lima Alves

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas voltadas à saúde da mulher foram historicamente limitadas à maternidade e ao cuidado familiar (1). Com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), houve avanços no enfrentamento das desigualdades de gênero, reconhecendo a mulher em sua integralidade (1,2). Apesar da ampliação de serviços, as populações indígenas urbanas ainda enfrentam inúmeras barreiras para acessar cuidados de saúde adequados (3). Situado às margens do rio Tarumã-Açu, o Parque das Tribos abriga mais de 700 famílias indígenas em situação de vulnerabilidade social, provenientes de diversos municípios do interior do estado. A comunidade reúne representantes de 32 povos indígenas, com mais de 15 línguas faladas (4), entre as etnias atendidas pelo Projeto Bom Parto, que constituem o principal público-alvo da pesquisa, destacam-se: Ticuna, Tukano, Baniwa, Kokama, Baré, Sateré-Mawé e Tariano. Essa pluralidade étnica e linguística impõe desafios específicos ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, tornando essencial o desenvolvimento de estratégias de cuidado que sejam sensíveis às particularidades culturais e às necessidades sociais dessa população. O território é marcado por ampla diversidade cultural e linguística, o que impõe desafios significativos ao acesso universal e qualificado aos serviços públicos, em especial à saúde. Diante dessa realidade, o Projeto Bom Parto surgiu como uma estratégia de atenção interprofissional à saúde das gestantes indígenas da comunidade, respeitando os saberes tradicionais, a cosmovisão indígena e as particularidades socioculturais de cada povo. A iniciativa promove o cuidado humanizado e intercultural, com foco na escuta qualificada, educação em saúde, assistência nutricional, reabilitação e fortalecimento da autonomia das mulheres, além da ampliação da cobertura pré-natal e fortalecimento da rede de proteção social.

OBJETIVO

Realizar um acompanhamento humanizado e ações estratégicas voltadas para o aumento da cobertura pré-natal, promovendo um cuidado intercultural respeitando as especificidades indígenas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem participativa, desenvolvido com 38 gestantes indígenas na comunidade Parque das Tribos (Manaus/AM). Foram realizadas rodas de conversa mensais baseadas na educação popular em saúde, com abordagem dialógica, respeitando saberes tradicionais e realidades territoriais. As ações foram conduzidas por equipe multiprofissional (enfermagem, serviço social e fisioterapia), priorizando o fortalecimento da autonomia, a escuta ativa e o vínculo terapêutico. Temáticas como parto humanizado, planejamento familiar, amamentação, cuidados no puerpério e alimentação segura foram construídas coletivamente. Houve também articulação com instituições como CRAS, Defensoria Pública e SEMASC para garantir direitos e acesso a programas sociais. O projeto valorizou a interculturalidade como estratégia de cuidado, promovendo acolhimento e protagonismo das mulheres indígenas.

RESULTADOS

A condição de vulnerabilidade social enfrentada por grande parte das gestantes acompanhadas pelo projeto evidencia, de forma alarmante, a insegurança alimentar como uma das principais demandas emergentes. Durante os encontros mensais, surgiram relatos de mulheres que não possuem recursos mínimos para garantir sua própria nutrição e a de seus filhos. Muitas delas são mães solo, sem rede de apoio, com múltiplos filhos e em situação de extrema pobreza, o que intensifica ainda mais sua exclusão. Nesses cenários, os valores recebidos por meio de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, revelam-se insuficientes para suprir as necessidades básicas, refletindo a dura realidade do território em que vivem.

Os relatos das gestantes destacam o acolhimento humanizado, a confiança na equipe e o fortalecimento da rede de proteção social. O Serviço Social foi fundamental para inserção em programas como Bolsa Família, Leite do Meu Filho e BPC, além de articular respostas diante de casos de violência, abandono parental e ausência de documentação civil. A enfermagem assegurou adesão ao pré-natal, imunização, saúde bucal e triagem de infecções. A fisioterapia contribuiu com redução de dores, qualidade do sono e preparo para o parto. As ações educativas com a UFAM estimularam empoderamento e protagonismo das gestantes. O projeto melhorou indicadores de saúde, criou vínculos, reduziu barreiras culturais e institucionais e ampliou o acesso a direitos. Destacam-se ainda os impactos emocionais positivos, como segurança no parto, consciência corporal e valorização dos saberes tradicionais. O fortalecimento do cuidado em rede, o diálogo com lideranças indígenas e o reconhecimento das particularidades étnicas consolidam o Bom Parto como uma experiência exitosa de atenção pré-natal em contextos vulneráveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência do Projeto Bom Parto reforça a relevância da atuação interprofissional e do Serviço Social na Atenção Básica, em especial no acompanhamento de gestantes indígenas em situação de vulnerabilidade. A valorização da cultura, a promoção da saúde e o acesso a políticas públicas são pilares essenciais para garantir um cuidado humanizado e eficaz. A abordagem intercultural fortalece o protagonismo feminino e a corresponsabilidade na gestação. A articulação entre saúde, assistência social e instituições parceiras é essencial para superar desigualdades e garantir dignidade. Essa experiência pode ser referência para outras comunidades indígenas urbanas e contextos vulneráveis, apontando caminhos para uma saúde mais equitativa, integral e respeitosa com as diferenças.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- (4) Paulino JS. Karapâna: Histórico com Lideranças da Comunidade Parque das Tribos/ Tarumã-Açu, Manaus-AM. Manaus; 2024.

PROMOÇÃO DA EQUIDADE DE GÊNERO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DESENVOLVENDO AÇÕES EDUCATIVAS E DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA ESTIMULAR O EXERCÍCIO DA PATERNIDADE

Lívia Cristina Santos da Silva¹

Clarisse Souza de Azevedo

Erivânia Ferreira da Costa

Luana Eduarda Medeiros dos Santos

Túlio Romério Lopes Quirino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As discussões acerca das masculinidades e do envolvimento dos homens na saúde reprodutiva têm ganhado destaque nos debates acadêmicos, políticos e sociais, especialmente no que tange à sua necessária participação no ciclo gravídico-puerperal e nos cuidados infantis. Historicamente, estes espaços têm sido marcados pela invisibilização da população masculina, refletindo construções sociais que reforçam modos hegemônicos de expressão das masculinidades, baseados em modelos que colocam os homens à parte da esfera do cuidado. No Brasil, embora a existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) represente um avanço na promoção da saúde para este público, ainda há fragilidades na oferta de cuidados integrais e na garantia do seu acolhimento. O que aponta a necessidade de criar e fortalecer redes de suporte e de promover diálogos sobre as masculinidades no campo da saúde, com vistas, em especial, a incentivar o exercício da paternidade. Isto porque entende-se que o envolvimento dos homens nos cuidados infantis, pode ser uma oportunidade para intervir em seus modos de vida, incentivando-os a aprender e a assumir responsabilidades no cuidado de si e dos outros ao seu redor. Diante disso, este trabalho resulta de um conjunto de ações extensionistas que buscaram problematizar e promover (outros) lugares sociais para os homens no âmbito da saúde reprodutiva.

OBJETIVO

Este trabalho pretende apresentar a experiência de desenvolvimento de iniciativas de informação e comunicação em saúde voltadas a promover o envolvimento masculino na esfera dos cuidados infantis, com foco nas ações de saúde reprodutiva. Deriva de um projeto de extensão universitária que buscou implementar ações interprofissionais em serviços públicos de saúde, com vistas a contribuir para a produção de saberes e práticas e fomentar a participação dos homens no ciclo gravídico-puerperal.

METODOLOGIA

Trata-se um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, que sistematizou um processo singular de construção de estratégias de comunicação e mobilização social direcionadas a homens

1 Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: livia.silva.117@ufrn.edu.br

usuários dos serviços públicos de saúde de um município do interior potiguar. Este processo se deu no bojo de um projeto de extensão que, dentre as suas atividades, mobilizou a elaboração de campanhas educativas para disseminar informações, em âmbito comunitário, sobre a importância do envolvimento paterno ao longo da gestação, parto e puerpério. Entre julho e dezembro de 2024, foram construídas duas campanhas, executadas por estudantes de graduação em Psicologia, sob supervisão docente. O desenvolvimento das campanhas envolveu tais etapas: a) oficinas para construção de argumentos e formulação das mensagens a serem veiculadas junto ao público-alvo; b) redação de textos diversos, de caráter informativo-argumentativo, para transmissão em multiplataformas; c) elaboração de materiais de comunicação (banners, panfletos, adesivos e posts em redes sociais); e, d) reuniões para planejamento, definição da metodologia de abordagem social e delineamento das atividades que seriam realizadas *in loco*.

RESULTADOS

A implementação das campanhas envolveu a realização de diferentes atividades educativas e de mobilização social, ancoradas na perspectiva da saúde coletiva, a exemplo de salas de espera nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o intuito de favorecer abordagens interativas sobre a paternidade e a saúde dos homens. Outra estratégia foi a realização de intervenções grupais em espaços de diálogo com mulheres gestantes nos serviços da Atenção Primária, com vistas a promover reflexões que as possibilitassem reconhecer como os homens poderiam colaborar durante o processo de gestação. Para tanto, o projeto contou com o auxílio de cadernos técnicos fornecidos pela PNAISH¹ (como o Guia do Pré-Natal do Parceiro²) e referências teóricas que abordavam a paternidade e a produção integral da saúde dos homens. Ao longo das atividades a equipe distribuía os materiais de comunicação impressos (panfletos e adesivos) e divulgava os principais argumentos das campanhas “Pai! Agente que cuida!” (entre os meses de agosto e outubro) e “Homem, agente que cuida e se cuida!” (nos meses de novembro e dezembro). Além disso, fazendo uso do meio digital, foram desenvolvidas postagens informativas no Instagram, a partir da criação de um perfil do projeto (@homenseprenatal_). Outra estratégia, foi a participação do projeto em um programa da rádio local. Esta experiência tem nos possibilitado promover a equidade de gênero, positivar vivências masculinas relacionadas ao cuidado, desmistificar e combater estigmas culturais associados à masculinidade, além de incentivar a promoção da saúde e o reconhecimento dos homens como agentes cuidadores. As atividades propostas têm favorecido reflexões na comunidade e entre as equipes de saúde, promovendo a inclusão dos homens nos serviços de saúde, de forma contínua.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Com a experiência, pode-se destacar a importância do projeto para a transformação social, haja vista que sua realização tem fornecido subsídios para iniciativas locais e regionais capazes de estimular e valorizar a presença e envolvimento dos homens nos serviços de saúde reprodutiva. Ademais, deve-se ressaltar a relevância das campanhas para a desestigmatização do papel do homem no cenário em

questão, em especial sob o olhar de atuais e futuros profissionais de saúde, isto porque, para além dos resultados obtidos nos serviços de saúde em que as campanhas foram postas em prática, houve também significativas repercussões entre os/as discentes extensionistas. Os debates sobre a temática corroboraram para uma formação universitária com potencial para reverter o quadro encontrado nos serviços: o afastamento e invisibilidade dos homens dos espaços de cuidado e de produção da saúde. Almejando, assim, que esta iniciativa contribua para desconstruir estereótipos e promover a equidade de gênero.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2009.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Brasília, DF: MS; 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf

PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR NA TENDA PAULO FREIRE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PARQUE DO SABIÁ

Thania Patricia Cali Santos¹

Glênio Alves de Freitas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Tenda Paulo Freire é um espaço de promoção da saúde e educação popular. Em 16/02, no Parque do Sabiá, em Uberlândia-MG, foram realizadas ações integrativas para ampliar o acesso à informação e ao cuidado em saúde. Este relato destaca a importância da educação popular como estratégia para a saúde coletiva e o fortalecimento dos vínculos comunitários (1). O evento proporcionou um espaço de diálogo intercultural, utilizando práticas educativas e terapêuticas que envolvem diferentes saberes. A abordagem foi pautada na participação social, favorecendo a autonomia dos indivíduos e a construção coletiva do conhecimento sobre saúde (2).

OBJETIVO

Este relato tem como objetivo compartilhar as práticas desenvolvidas e os impactos das ações da Tenda Paulo Freire na promoção da saúde e na educação popular, evidenciando seu papel na inclusão e no empoderamento comunitário. Além disso, busca destacar como iniciativas baseadas na educação popular contribuem para a formação de sujeitos ativos no cuidado com a saúde.

METODOLOGIA

A experiência foi conduzida com apoio da Liga de Saúde Mental da Universidade Federal de Uberlândia (LISAM), na qual a autora atua como coordenadora de comunicação. A equipe da LISAM levou 14 integrantes para auxiliar na Tenda Paulo Freire (3). Além disso, a Tenda contou com médicos, psicólogos, enfermeiros e estudantes das áreas da saúde, ampliando o suporte às atividades. O evento ocorreu no Parque do Sabiá, um dos pontos turísticos de Uberlândia, num domingo, das 8h às 12h. A escolha do domingo se deu pelo fato de o parque estar sempre cheio, com a população levando a família para se divertir, o que possibilitou um maior alcance da ação e favoreceu a diversidade do público participante. As atividades incluíram apresentações culturais, aferição de pressão arterial e glicemia, oferta de lanche saudável, rodas de conversa sobre saúde mental, envelhecimento saudável e liderança indígena, além de sessões de yoga e auriculoterapia. Também foi aplicado o Instrumento de Rastreamento da Saúde do Idoso (IVCF-20). Foram realizados diversos atendimentos, incluindo aferições de pressão arterial, testes de glicemia e sessões de auriculoterapia. Todos os participantes que apresentaram alterações nesses exames foram orientados e encaminhados para acompanhamento médico.

RESULTADOS

Os resultados indicaram fortalecimento dos vínculos comunitários e ampliação da conscientização sobre práticas saudáveis. A interação entre diferentes grupos, incluindo idosos e lideranças indígenas, proporcionou um espaço de acolhimento intercultural e promoção do bem-estar físico e mental. Participantes relataram aumento do interesse por práticas integrativas, como yoga e auriculoterapia, e maior envolvimento nas discussões sobre saúde mental e envelhecimento (4). Além disso, a aferição de sinais vitais permitiu a identificação precoce de alterações clínicas em alguns indivíduos, que foram encaminhados para acompanhamento adequado. O evento reforçou a relevância da educação popular para a promoção da saúde e demonstrou que iniciativas comunitárias podem gerar impactos significativos na qualidade de vida dos participantes (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Tenda Paulo Freire demonstrou ser um espaço efetivo de promoção da saúde e educação popular, fortalecendo o diálogo intercultural e a inclusão social. A experiência destaca a relevância de ações comunitárias que envolvem diferentes saberes e metodologias participativas para a construção coletiva do conhecimento em saúde (1,2). A atividade apresentou desafios, principalmente na mobilização da comunidade e na adaptação das abordagens às necessidades dos participantes. Criar um ambiente acolhedor para que as pessoas se sentissem convidadas e confortáveis para compartilhar suas experiências médicas e pessoais foi uma das principais dificuldades. Para superar essa barreira, a equipe utilizou escuta ativa e diálogos abertos, o que ajudou a estabelecer confiança. Outro desafio foi manejar o fluxo de atendimentos, garantindo que todos recebessem atenção adequada sem comprometer a qualidade do serviço. A equipe precisou dividir tarefas de forma eficiente, contando com a colaboração entre profissionais de diferentes áreas e voluntários. Apesar dessas dificuldades, a experiência foi enriquecedora e demonstrou que a educação popular em saúde pode impactar positivamente a comunidade. O sucesso da ação reforça a importância de políticas públicas que incentivem e ampliem estratégias baseadas na participação popular (5).

REFERÊNCIAS

- (1) Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_popular_saude.pdf
- (3) LISAMUFU. Liga de Saúde Mental da UFU. Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/lisamufu>
- (4) Tenda Paulo Freire. Perfil oficial. Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/tendapaulof>
- (5) Costa MF *et al.* Educação popular em saúde e promoção da equidade: experiências em territórios vulneráveis. Saúde Debate. 2021;45(129):114–127. Doi: 10.1590/0103-1104202112900

PROMOCIÓN DE HABILIDADES PARA LA VIDA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 15 AÑOS DE EDAD EN UNA CASA HOGAR EN EL ESTADO DE AGUASCALIENTES

Martha Cecilia García García¹

Margarita Márquez Serrano

Rosibel Rodríguez Bolaños

Reyna María Cruz Tolentino

INTRODUCCIÓN

Entre los principales daños y riesgos a la salud en la adolescencia se encuentran la violencia interpersonal y los trastornos de salud mental, particularmente en aquellos y aquellas que viven en una institución sin estar en condición de orfandad.¹ Bajo este contexto, impulsar la metodología de Habilidades para la Vida (HpV) ² como modelo para favorecer el desarrollo integral y óptimo de la población adolescente institucionalizada es fundamental, ya que podría fortalecer su capacidad para el manejo de situaciones complicadas y por lo tanto reducir conductas de riesgo tanto de mujeres como de hombres, propiciando una adolescencia con mejores condiciones de salud mental. Además, promover HpV con perspectiva de género permite diseñar estrategias más eficaces para mejorar la salud mental y el bienestar tanto de mujeres como de hombres adolescentes en contextos de institucionalización, atendiendo las necesidades específicas de cada grupo.³

OBJETIVO

Promover habilidades para la vida en adolescentes de 10 a 15 años, tomando en cuenta las diferencias de género, para dotarles de herramientas con la finalidad de mejorar el manejo de situaciones de la vida cotidiana, en una casa hogar del estado de Aguascalientes, México.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio mixto, preexperimental, sin grupo de control, con evaluación pre-post iniciativa. El proyecto tiene cuatro fases: 1. fase de gestión y planeación; 2. investigación formativa y diseño; 3. implementación y 4. evaluación. El muestreo fue por conveniencia con 10 participantes, 6 mujeres y 4 hombres. Se realizó una iniciativa educativa con un total de 11 sesiones en donde se abordaron tres HpV: manejo de emociones y sentimientos, comunicación efectiva y resolución de problemas y conflictos. Para el componente cualitativo se realizaron 4 grupos focales con adolescentes (2 pre y 2 post iniciativa): uno con 4 mujeres y otro con 4 hombres, a fin de identificar diferencias de género. También se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas a actoras clave previamente seleccionadas (la directora de la casa hogar, la psicóloga y 2 cuidadoras). Para el componente cuantitativo se utilizó

1 Secretaría de Salud de San Luis Potosí, México. E-mail: dra.cecylgarcia@gmail.com

un cuestionario. Compuesto por 2 escalas: 1) Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), con un total de 24 ítems tipo Likert, y 2) Escala de habilidades sociales, compuesta por 12 ítems tipo Likert (desde 1 totalmente falsa, hasta 7 totalmente verdadero).

RESULTADOS

Los/as adolescentes fueron retirados de sus hogares por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, pues provienen de familias fragmentadas con conductas disruptivas, sufrieron violencia extrema y abusos de todo tipo. Son personas que tiene síntomas de depresión, ansiedad, trastorno de déficit de atención, deficiencia de habilidades de lecto-escritura y expresión oral, entre otras. Posterior a la intervención se logró la identificación de nuevas emociones y sentimientos, también mostraron nuevas formas de gestión emocional como escribir y hablar; sin embargo, en comunicación efectiva y la resolución de conflictos, aún persisten barreras de comunicación entre pares y con autoridades, pero presentan indicios a decir “no” y poner límites. Se muestran esbozos de mayor conciencia de formas no violentas de acción, resolución de conflictos y socialización. Las diferencias entre hombres y mujeres fueron, una mayor identificación de sentimientos, claridad y expresión emocional por parte de las mujeres, y en hombres mayor creatividad para resolución de situaciones cotidianas. Por último, los roles de género se expresan de manera similar en sus comportamientos y expresión emocional.

CONSIDERACIONES

Los/as adolescentes en estado de institucionalización es una población vulnerable pues tienen una carga de violencia vivida por sus cuidadores primarios, por lo que se debería impulsar la implementación del modelo de HpV de forma permanente en esta institución. Es relevante trabajar con la adolescencia sobre la importancia de expresar sus emociones sin importar su sexo, así como brindar estrategias para la resolución de conflictos distintas a las asignadas por género y de esta manera contribuir a la desarticulación de los roles tradicionales. Por último, este estudio es de relevancia en política pública, académica, equidad y derechos humanos por la ausencia de información que perpetúa la invisibilización de estos grupos.

REFERENCIAS

- (1) Organización mundial de la salud. Salud del adolescente [Internet]. Temas de salud. 2022 [cited 2022 Feb 6]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- (2) Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Adolescencia 2020-2024. 2019;
- (3) Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD DESDE UN ENFOQUE DE SALUD COLECTIVA. BASES PARA EL ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD

Francisco Fernández¹

José Selig

INTRODUCCIÓN

Se presenta una propuesta de clasificación de la mortalidad desde un enfoque de salud colectiva sustentada en la categoría modo de vida, sobre la base de la CIE-10 con la intención de fundamentar intervenciones colectivas para disminuir la frecuencia de la mortalidad. Se emplean métodos de análisis, de síntesis y de inducción, sustentando en criterios de expertos y en documentación clínica especializada en el tema a partir de un análisis lógico desde una perspectiva dialéctica. La mortalidad se asume como la consecuencia del cese del metabolismo debido a su sometimiento definitivo ante el metabolismo social y/o ante el de la naturaleza. Se revisó la base de datos de mortalidad de la República Dominicana en formato Excel. Se describen los procesos que provocan la lógica de producción de la mortalidad para 1,831 clasificaciones de mortalidad de los que se obtienen 27 procesos de producción de la mortalidad, con su respectivo proceso principal y su respectiva pregunta problema. Quedan establecidos 20 grupos de clasificación que se corresponden a intervenciones sobre el modo de vida, la promoción de la salud, el fomento al autocuidado, la prevención de la enfermedad, la atención a la enfermedad y sobre la producción y gestión del conocimiento, más otros grupos para aquellas mortalidades no incluidas en las anteriores por falta o imprecisión de la información o de la clasificación.

OBJETIVO

Se pretende superar el enfoque tradicional de la mortalidad basada en la lógica de la clínica de poca utilidad para transformar la salud colectiva, por una clasificación de las causas de muertes agrupadas desde un enfoque de la salud colectiva, útil para poder fundamentar acciones que reduzcan el riesgo de mortalidad en colectivos humanos. La intención es orientar intervenciones en salud colectiva para reducir la frecuencia de la mortalidad.

METODOLOGÍA

A partir de la CIE-10, se identificaron y se estableció la lógica de producción principal de las subclasificaciones que registraban casos de mortalidad de la base de datos de mortalidad de la República Dominicana, a partir de la importancia en la producción de la mortalidad y la condición de poder modificarse a través de intervenciones en salud colectiva, y agrupadas en función de a cuáles ámbitos de acción de la salud colectiva pueden impactarlos, tomando como base los trabajos de Juan

1 Universidad Autónoma de Santo Domingo. E-mail: franfernandez1954@yahoo.com

Sajama ⁽¹⁾ y Jaime Breilh ⁽²⁾. Se diferenciaron 27 lógicas de producción de mortalidad diferentes, que se agruparon en 18 categorías. Se plantea la siguiente clasificación de la mortalidad: 1. Las asociadas a procesos laborales riesgosos, contaminación industrial y ambiental; 2. Las producto de carencias o deficiencias nutricionales no voluntarias; 3. Las que son consecuencias de situaciones de violencias e inseguridad ciudadana, incluyendo las condiciones de riesgo domésticas y de tránsito; 4. Por consecuencias de relaciones ecológicas malsanas o deterioro ambiental o agresión de la naturaleza; 5. Las asociadas o producidas por sobrecargas al sistema osteomuscular, incluyendo las relacionadas con las exigencias laborales; 6. Las asociadas a mortalidad por sobrecargas, desgaste o trastornos en el ejercicio de función reproductiva de la mujer; 7. Las asociadas a tensión psico-social o a trastornos a la salud mental que provocan o incrementan el riesgo de mortalidad 8. Las relacionadas con consumo y comportamiento malsano; 9. Las provocadas por enfermedades producto de deficiencias higiénicas y sanitarias que favorecen el contagio 10. Las provocadas por alteraciones y daños en el recién nacido; 11. La mortalidad como consecuencia de falta o limitaciones en el acceso a servicios de salud; 12. Por consecuencia o asociada a una intervención en salud; 13. Las entidades asociadas a defectos o alteraciones de la condición genética o heredadas; 14. Las asociadas a desgaste, a trastornos o deterioro orgánico funcional o del metabolismo; 15. Las asociadas a desgaste o alteración funcional de los mecanismos que dan soporte a las funciones orgánicas; 16. Las producto de alteraciones neoplásicas o tumorales y sus consecuencias; 17. Las provocadas por respuestas inmunes inapropiadas; 18. Las relacionada a respuestas fisiológicas inadecuadas (incorrectas, insuficientes o excesivas). Se agregan 2 grupos: las que no pueden ser colocadas en otro grupo por imprecisión de la información o de la clasificación y las no incluidas en las anteriores por que la lógica con que se plantea que ocurre no coincide con cualquier otra. Las acciones para reducir el impacto de la mortalidad se resumen en: modificar los modos de vida (1-4), promover la salud (5-7), fomento al autocuidado (8), la prevención del riesgo de enfermar y de la enfermedad (9-10), atención integral a la enfermedad (11-12) y por la generación de conocimientos sobre la lógica de producción de la mortalidad (13-18).

CONSIDERACIONES

La amplitud de la clasificación propuesta, cubre a todas las funciones del sistema de salud con capacidad de intervenir sobre la frecuencia de la mortalidad en la colectividad, sobre todo lo concerniente a la gestión de los modos de vida (4 casos; 23.53 %) y a la generación y gestión del conocimiento (5 casos; 29.42 %). Las demás funciones abarcan dos (2) categorías (11.76 %) cada una, excluyendo las que se definen como consecuencia de la falta de información. Con esto quedan definidas las orientaciones del quehacer de la salud colectiva en lo que se refiere a impactar en los perfiles de mortalidad. Define, al mismo tiempo, una línea de prioridades de investigación dirigida a llenar los vacíos de conocimiento en los temas de defecto o alteración de la condición genética o heredadas, a desgaste o a deterioro orgánico funcional o del metabolismo, a las alteraciones neoplásicas o tumorales, a las respuestas inmunes agresivas o exageradas y a las respuestas fisiológicas inadecuadas.

REFERENCIAS

- (1) Breilh J. The social determination of health and the transformation of rights and ethics. A meta-critical methodology for responsible and reparative science Global Public Health. 2023; 18(1). Doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830>.
- (2) Samaja J. Fundamentos Epistemológicos de las Ciencias de la Salud [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Publica; 1997.

PSICOLOGIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DIÁLOGOS SOBRE A INTERSECCIONALIDADE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Anna Carla Fernandes Machado¹

Maria Luiza Vidal Gusmão

Wagner Nery Copola

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A psicologia tem um papel fundamental nas políticas públicas ao analisar e intervir nos fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde da população. Conforme De Mario (2021) esses fatores, chamados de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), envolvem aspectos como trabalho, acesso a serviços, educação e condições de vida. (1) A partir da perspectiva da interseccionalidade, proposta por Collins (2021), é possível entender ainda, como diferentes características, como classe, raça e gênero, se cruzam e afetam a saúde de maneira única. (2) Este trabalho busca explorar como esses fatores impactam o acesso e o cuidado em saúde mental das pessoas, ampliando vulnerabilidades e desafios. Compreender essas conexões é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, que considerem as diversas realidades sociais. Assim, pretende-se destacar a importância da psicologia na formulação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, garantindo abordagens e intervenções mais inclusivas e sensíveis às desigualdades existentes.

OBJETIVO

Este trabalho se propõe a refletir sobre os desafios enfrentados na implementação da psicologia nas políticas públicas, destacando como os determinantes sociais da saúde e a interseccionalidade, impactam no cuidado em saúde mental.

Dessa forma, o estudo pretende demonstrar a necessidade de políticas públicas mais estruturadas e inclusivas, que levem em conta essas desigualdades e garantam o atendimento psicológico e o cuidado em saúde mental mais acessível e eficaz.

METODOLOGIA

Este trabalho será conduzido por meio de uma pesquisa bibliográfica, analisando literatura acadêmica sobre os determinantes sociais da saúde e o papel da psicologia nas políticas públicas, destacando o cuidado em saúde mental. A abordagem metodológica adotará a interseccionalidade como ferramenta analítica, conforme proposta por Collins e Bilge (2021), considerando as relações entre fatores sociais e de saúde no contexto das desigualdades estruturais.

1 Centro Universitário Geraldo Di Biasi. E-mail: ann09lanssa@gmail.com

RESULTADOS

As pesquisas realizadas indicam que diversos fatores influenciam o processo de saúde-doença, especialmente no que diz respeito aos recursos disponíveis para lidar com esse processo. Nesse sentido, é essencial analisar em que esfera social o indivíduo está inserido, bem como os determinantes sociais que o afetam, visto que esses fatores têm um impacto direto sobre o curso de seu adoecimento.

No que se refere à saúde mental, as dificuldades de acesso a tratamentos são especialmente evidentes. Pessoas em situações de vulnerabilidade econômica enfrentam barreiras significativas para acessar serviços essenciais, como terapias psicológicas, acompanhamento psiquiátrico e medicações adequadas. Essas dificuldades são reforçadas pela escassez de políticas públicas adequadas e pela falta de recursos em áreas de atendimento à saúde mental, o que acaba tornando o tratamento um privilégio para uma pequena parcela da população. Isso gera um cenário de exclusão e sofrimento contínuo para aqueles que mais necessitam de cuidados, agravando o processo de adoecimento mental e dificultando a promoção de uma saúde mental mais justa e acessível para todos.

Ao considerar o processo de interseccionalidade entre os determinantes sociais de saúde (DSS) e o processo de saúde-doença, conforme Pereira (2021), fica claro que a exclusão social e as disparidades no acesso aos recursos de saúde perpetuam um ciclo de desigualdade (3), afetando negativamente o bem-estar coletivo e ampliando as disparidades no cuidado e no tratamento da saúde mental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo busca enfatizar como os determinantes sociais influenciam o acesso às políticas públicas de saúde, com especial atenção ao cuidado em saúde mental e ao impacto disso no processo de saúde-doença, e como as políticas públicas podem ser formuladas levando em consideração esses múltiplos aspectos interseccionais, para assim promover uma abordagem mais inclusiva em relação à saúde mental e física da população.

Em suma, busca discutir como as políticas públicas podem ser mais eficazes ao considerar essas interações e ao integrar a psicologia nas estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças, sugerindo novas maneiras de intervenção e garantindo que elas sejam sensíveis às diversas necessidades e realidades das populações, levando em conta as desigualdades estruturais e as condições específicas de cada grupo.

REFERÊNCIAS

- (1) De Mario CG. Determinantes Sociais da Saúde: Apontamentos para uma Abordagem Crítica. *Mediações-Rev. Cien. Soc.* 2023;28(3):1-18. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/47718>
- (2) Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2021.
- (3) Pereira BCJ. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. *Civitas.* 2021;21(3):445-54. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/civitas/article/view/40551>

QUAL A COR DA VIOLÊNCIA?

Ana Carolina Gomes Mayworm¹

Aline Furtado da Rosa

Carina Bernardino

Karolyne Esteves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Apesar das conquistas legais, persistem lacunas significativas na segurança das mulheres no Brasil, refletindo desafios contínuos e deficiências na proteção de seus direitos. Essas “falhas” são heranças de uma sociedade machista, patriarcal e racista, que coloca mulheres, especialmente jovens e negras, em situação de vulnerabilidade. A violência contra a mulher se manifesta de várias formas, conforme definido pela Lei Maria da Penha, que abrange violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. As consequências incluem mutilações e prejuízos emocionais, podendo culminar em feminicídios, que são assassinatos motivados por gênero [1]. O Dossiê da Mulher destaca a discrepância entre denúncias e vítimas de feminicídio, evidenciando a gravidade da situação.

OBJETIVO

Analisar dados do Instituto de Segurança Pública de mulheres que sofreram violência e das que foram vítimas de feminicídio nos últimos quatro anos no estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de dados de violência contra mulheres e feminicídio no Rio de Janeiro, segundo região, raça e escolaridade ocorridas entre os anos de 2019 a 2022, a partir do Instituto de Segurança Pública (ISP), que é uma plataforma de dados de domínio público. Os dados foram coletados no mês de março de 2024. Resultados: Entre 2019 e 2022, o Estado do Rio de Janeiro registrou 4.580.554 denúncias de violência contra mulheres, com maior incidência na Capital (35,6%), seguida pelo Interior (32,1%), Baixada Fluminense (24,2%) e Grande Niterói (8,1%). A maioria dos casos (58,4%) ocorreu nas residências das vítimas. Mulheres pretas e pardas representaram 52,6% das denunciadas e 62,1% das vítimas de feminicídio. A escolaridade mais comum entre as denunciadas foi o ensino médio completo (34,8%), e entre as vítimas de feminicídio, predominou a ausência de informação (65,9%). A maior ocorrência de feminicídios foi registrada no Interior (38,4%). Os dados reforçam a vulnerabilidade das mulheres pretas e pardas, evidenciando a interseccionalidade entre raça, gênero e classe social, além da urgência de políticas públicas que combatam desigualdades estruturais e promovam acesso justo à justiça, segurança e saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados revelam que mulheres pretas e pardas são mais frequentemente vítimas de feminicídio do que representadas nos registros de denúncia, indicando falhas nos mecanismos de proteção. É necessário fortalecer políticas públicas que assegurem o acesso à denúncia e à proteção, prevenindo a escalada da violência.

REFERÊNCIAS

1. Caicedo Roa M, Bandeira LM, Cordeiro RC. Femicídio e feminicídio: discutindo e ampliando os conceitos. Rev Estud Fem. 2022;30(3). doi:10.1590/1806-95842022v30n383829. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/83829>.

QUEM CUIDA DAQUELAS QUE CUIDAM DE TODO MUNDO?: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM O GRUPO DE MULHERES DO JACAREZINHO

Emily Lopes Maciel¹

Francisca Ramilly Rodrigues Roza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato de experiência descreve uma ação extensionista desenvolvida no território do Jacarezinho, zona norte do Rio de Janeiro, uma das regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano da cidade. A iniciativa, fruto da parceria entre a UFRJ (responsável pela Extensão: Cuidado em Saúde na APS), Laboratório de Estudos em Atenção Primária e a Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, foi realizada no contexto do Grupo de Mulheres, um espaço terapêutico e político voltado para a escuta, o acolhimento e o fortalecimento de vínculos entre mulheres da comunidade. O grupo parte do reconhecimento de que mulheres, em especial as negras e periféricas, que assumem historicamente o papel central no cuidado da casa, dos filhos, dos idosos e até da própria comunidade [1]. Tal realidade se traduz na sobrecarga física, emocional e mental, que impacta diretamente sua saúde e qualidade de vida. Uma das consequências desse processo é o fenômeno conhecido como “pobreza de tempo”, que limita as possibilidades de lazer, autocuidado, formação profissional e inserção social dessas mulheres [2]. A partir da escuta das participantes, o trabalho discute como práticas coletivas de cuidado podem romper o ciclo da invisibilização e contribuir para a construção de alternativas de resistência, autocuidado e saúde mental, articulando saberes populares, território e universidade [3].

OBJETIVO

Refletir sobre a sobrecarga vivida por mulheres negras cuidadoras no Jacarezinho, abordando as consequências da pobreza de tempo para sua saúde mental, e evidenciar a importância de espaços coletivos de escuta e cuidado como estratégias de resistência, autocuidado e construção de redes de apoio, a partir de uma abordagem interseccional de gênero, raça, território e saúde coletiva [4].

METODOLOGIA

A experiência extensionista ocorreu no Grupo de Mulheres do Jacarezinho, com encontros quinzenais de aproximadamente 90 minutos, conduzidos pela psicóloga da unidade de saúde, com apoio da extensionista da UFRJ e profissionais da Clínica da Família. Os encontros foram estruturados em rodas de conversa, dinâmicas reflexivas e vivências com uso de recursos artísticos e culturais, promovendo escuta qualificada e construção coletiva de sentidos. A abordagem metodológica foi qualitativa, fundamentada na escuta ativa, no acolhimento e na análise de narrativas. As falas das participantes foram registradas em diários de campo e analisadas à luz da interseccionalidade de gênero,

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: moemilyda@gmail.com

raça e classe, com foco na identificação dos impactos da sobrecarga e da ausência de tempo para o autocuidado [5]. Essa análise permitiu compreender como o atravessamento das desigualdades sociais, raciais e territoriais produz adoecimento psíquico, reforça o isolamento e amplia os efeitos da exclusão social, demandando ações de cuidado coletivo, intersetorialidade e fortalecimento comunitário.

RESULTADOS

Os relatos das participantes apontam, de forma contundente, para um padrão recorrente de sobrecarga associada às tarefas de cuidado, majoritariamente desempenhadas por mulheres negras. Muitas relataram sentir que precisam “dar conta de tudo”, mesmo exaustas, pois são socialmente responsabilizadas pelo bem-estar da família [5]. Essa lógica gera sentimentos de culpa, solidão e insuficiência, além de impacto direto na saúde física e mental. Surgem relatos de ansiedade, insônia, dores no corpo, tristeza profunda e crises emocionais. O conceito de pobreza de tempo foi identificado como elemento central nas falas: o tempo pessoal é constantemente sacrificado, gerando sensação de vida suspensa e inviabilizando o acesso ao lazer, ao autocuidado, à formação profissional e à construção de redes afetivas[2]. Por outro lado, os encontros do grupo revelaram o potencial transformador dos espaços de escuta coletiva. As participantes relataram que o grupo se tornou um espaço seguro, onde puderam se reconhecer umas nas outras, compartilhar dores e estratégias de enfrentamento. A construção de vínculos e a possibilidade de falar sem julgamento contribuiu para fortalecer a autoestima, o senso de pertencimento e a percepção de que é possível cuidar de si enquanto se cuida do outro [5]. O grupo também se consolidou como um espaço de troca de saberes e de resistência afetiva, onde práticas de autocuidado são compartilhadas e valorizadas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência descrita reafirma a urgência de olhar para as condições de vida das mulheres negras periféricas, reconhecendo os impactos estruturais da sobrecarga de cuidados em sua saúde mental. A “pobreza de tempo” emerge como uma categoria potente para denunciar e compreender esse adoecimento cotidiano. Os espaços coletivos de escuta e acolhimento, como o grupo, demonstraram ser estratégias eficazes de promoção de saúde, reconstrução de vínculos e fortalecimento da autonomia das mulheres. Tais ações precisam ser reconhecidas e ampliadas como parte integrante da atenção psicossocial no SUS. Por fim, o trabalho reafirma a importância das ações extensionistas que unem universidade, território e serviços de saúde, promovendo práticas intersetoriais e culturalmente situadas, capazes de romper com lógicas de invisibilização e construir caminhos de cuidado mais justos, afetivos e transformadores.

REFERÊNCIAS

- [1] Carvalho DP; Paveglio T; Leite L. Grupo de Mulheres e suas potencialidades: Um relato de experiência. Cippus-Rev Iniciação Científ. 2014;12(1).
- [2] Ferrito B. Direito e desigualdade: uma análise da discriminação das mulheres no mercado de trabalho a partir dos usos dos tempos. São Paulo: LT Editora; 2021.
- [3] Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasília, DF: Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS; 2009.
- [4] Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Rev Est Femin.2002;10(1):171-188.
- [5] Souza Guedes O; Daros MA. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. Serviço soc rev. 2009;12(1):122-134.

RACIONALIDADES Y TENSIONES EN EL CONTROL REPRODUCTIVO EN COLOMBIA DURANTE EL SIGLO XXI: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE LARGA DURACIÓN EN POBLACIONES FOCALIZADAS.

Carolina Andrea Vargas Acevedo¹

INTRODUCCIÓN

En Colombia, el control reproductivo está focalizado en poblaciones rurales, étnicas, urbanomarginales, migrantes y víctimas del conflicto armado, para quienes se ha priorizado en las últimas décadas el implante subdérmico como métodos anticonceptivos (ISDA). La existencia de metas nacionales y subnacionales en materia de control reproductivo, expone la posibilidad de mover la delgada línea del derecho, para convertirse en algunos casos en un deber con el que ciertos sectores de la sociedad se deben comprometer. La urgencia del cumplimiento de tales metas pueden llevar a estrategias que coaccionan las decisiones reproductivas y afectan negativamente la salud de las mujeres, así como a instrumentalizar el agenciamiento requerido para la implementación de las políticas. Lo anterior hace necesario analizar las políticas y acciones orientadas al control reproductivo como un posible escenario de afectación colectiva, donde se generan procesos en tensión permanente que pueden proteger pero también deteriorar la autonomía relativa y la salud de las poblaciones focalizadas por las políticas en salud reproductiva, al tiempo que exige develar las racionalidades con las cuales tales políticas y sus marcos de acción y estrategias de implementación han sido formuladas y han logrado su hegemonía, es decir su aceptación y normalización por los distintos sectores y actores involucrados.

OBJETIVO

Analizar la determinación social de las políticas de Estado en relación al control reproductivo ejercido mediante la anticoncepción hormonal de larga duración con casos demostrativos en 3 tipos de poblaciones rurales y urbanomarginales, que permita debatir las políticas de incidencia territorial en materia de salud reproductiva y proponer ajustes a su reglamentación.

METODOLOGÍA

Se aplica la metodología meta-crítica propuesta por Breilh [1] cuyo marco ético, epistémico y de análisis social es el enfoque de determinación social. La meta-crítica permite y exige recolectar una amplitud de evidencias cualitativas y cuantitativas de los procesos estudiados. En este caso, tales evidencias se obtienen en primera instancia de la revisión documental de políticas, lineamientos e investigaciones en salud reproductiva existentes en Colombia desde el año 2.007, en las que se identifican las racionalidades que orietan la relación entre derechos reproductivos, control demográfico

1 Universidad Andina Simón Bolívar. E-mail: carolandreavargas@gmail.com

y reducción de la pobreza. Las evidencias relacionadas con la magnitud del uso del ISDA, con la frecuencia, distribución y experiencias de casos de coacción frente a la elección o mantenimiento del método y con la frecuencia, gravedad y percepción de efectos nocivos en la salud física y mental, se obtiene de y con grupos de mujeres de dos poblaciones indígenas de dos departamentos, mujeres migrantes beneficiarias de proyectos nacionales orientadas a poblaciones migrantes y estudiantes universitarias, a quienes se aplicarán cuestionarios elaborados para este fin, así como entrevistas semiestructuradas y grupos focales. También se incluyen entrevistas realizadas a funcionarios de las secretarías de salud de los niveles municipal y distrital y del Ministerio de Salud encargados del diseño e implementación de políticas públicas en salud reproductiva.

Los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos, se sistematizan en la matriz de las evidencias adaptada de Breilh para posibilitar luego meta-narrativa y la meta-inferencia, para finalizar con la integración dialéctica meta-crítica vertical del análisis entre expresiones de acuerdo a los procedimientos señalados por Breilh [2].

RESULTADOS

Para el mes de agosto se tiene previsto obtener recolectadas parte de las evidencias tanto cuantitativas como cualitativas que den cuenta de los siguientes procesos críticos en las dimensiones general, particular e individual, que afectan las 4 s de la vida propuestas por Breilh (sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad):

- Las políticas nacionales e internacionales de control reproductivo están formuladas desde una racionalidad eugenésica, monoculturalista y desarrollista.
- El control reproductivo se focaliza en poblaciones rurales y urbanomarginales, prioritariamente grupos étnicos, migrantes y víctimas del conflicto armado, lo que representa una inequidad con doble discurso.
- El control reproductivo fármaco-céntrico que en las últimas décadas prioriza el uso del ISDA, esta mediado por intereses económicos de la industria farmacéutica que permea las negociaciones con los países.
- Desde distintos niveles se ejerce presión por el cumplimiento de metas relacionadas con el control reproductivo a nivel institucional, territorial y nacional.
- Distintos actores y de diferentes formas ejercen coacción en las decisiones reproductivas de las mujeres y de grupos específicos de población.
- El personal de salud es instrumentalizado para ejercer presiones frente a las decisiones reproductivas de las mujeres en aras del cumplimiento de metas.

La provisión masiva de implantes subdérmicos anticonceptivos ha resultado en el incremento de afectaciones a la salud física y mental de las mujeres relacionadas.

CONSIDERACIONES

La hegemonía de la ciencia-tecnología moderna como orientadora de las políticas públicas, también en el campo reproductivo, extermina la posibilidad de diálogo con otras cosmovisiones, saberes y prácticas frente a la reproducción, el cuidado del cuerpo y el ciclo femenino, imponiendo a la fuerza una única comprensión monocultural, lo que resulta siguiendo a Fernet-Betancourt [3], en una violencia epistemológica, que destruye la pluralidad de conocimientos e interrumpe la posibilidad de diálogo entre culturas, reproduciendo otros tipos de violencia en manos de la institucionalidad y de las y los profesionales de la salud que recae principalmente en las mujeres: la violencia psicológica y la violencia gineco-obstétrica.

Con esta investigación se espera contribuir a transformar los marcos de incidencia en salud reproductiva hacia una construcción colectiva para la protección del derecho de las mujeres a elegir libremente sus opciones en materia reproductiva.

REFERENCIAS

- [1] Breilh J. Social determination of health and the transformation of rights and ethics (Meta-critical methodology for responsible and repairing science). *Global Public Health*. In press. 2023.
- [2] Breilh J. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2023.
- [3] Fernet-Betancourt R. La pluralidad de conocimientos en el diálogo intercultural. En: Viaña J, editor. *Interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate*. La Paz: Instituto Nacional de Integración; 2023. p. 11-20.

RACISMO E SAÚDE: PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM NO CAMPO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Mirian Teresa de Sá Leitão Martins¹

Stella Regina Taquette

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um Ensaio que objetiva trazer para discussão a invisibilidade dos efeitos do racismo na Medicina e a sua importância como conteúdo na formação para promover mudanças. As barreiras na oferta à saúde e no uso de serviços pela população negra são desigualdades que persistem e têm como consequência um maior índice de mortalidade materna, de violência obstétrica e outras violências que atingem as pessoas negras mais do que as brancas.[1]

Tais desigualdades decorrem, entre outros fatores, do racismo estrutural. O racismo se intersecciona com outros sistemas de exclusão dentro do próprio Sistema Único de Saúde, a despeito dos princípios que constituem o SUS e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Uma das pautas da PNSIPN é o combate ao racismo institucional (RI), sendo fundamental, portanto, o seu reconhecimento e do racismo estrutural como determinantes sociais da saúde e a sensibilização dos profissionais como estratégias de enfrentamento.[2]

O racismo se apresenta nas instituições e é silenciado, contribuindo para a sua naturalização e continuidade em espaços de formação médica, cuidado e atenção à saúde. [3]. Trata-se, portanto, de tema necessário a ser debatido no presente Ensaio, no meio acadêmico e da assistência à saúde.

OBJETIVO

Discutir a invisibilidade dos efeitos do racismo na Medicina e a sua importância como conteúdo na formação para promover mudanças.

METODOLOGIA

O racismo estrutural estrutura a sociedade e é reproduzido nas instituições como racismo institucional, dificultando o acesso e eficiência no atendimento da saúde à população negra, ou negligência. Como o racismo está vinculado às formas como se estruturam as sociedades, há a reprodução do preconceito racial institucional e pessoal explícito ou velado e estereótipos, que promovem visões negativas sobre negros, no âmbito das instituições. Em decorrência, contribuem para desigualdades e discriminações da população negra e influencia o clima institucional dos serviços de saúde e espaços de formação desses profissionais.

O racismo não é abordado de forma efetiva no campo médico. Não é pauta na imensa maioria das

instituições educacionais de formação e educação continuada, pois prevalece na sociedade a concepção da discriminação ser proveniente apenas da desigualdade de classe, assim como barreira institucional decorrente da baixíssima representação de docentes e médicos negros e negras, e, particularmente entre a liderança e a naturalização do preconceito e estereótipos raciais.

Para a promoção da equidade racial, o racismo e demais sistemas estruturais devem ser reconhecidos como promotores de desigualdades e discriminações. Como ações de enfrentamento destacam-se: ampliação da discussão e visibilidade dentre docentes, discentes, médicos e médicas e demais profissionais da saúde, promoção de aprendizagem via currículo antirracista na graduação, debate que propicie conscientização desses atores sociais sobre seus próprios preconceitos e aulas expositivas com apresentação de casos clínicos sobre como o racismo e preconceito racial impactam diretamente à saúde da população negra.

Conclusões/Considerações

Importante enfatizar no presente Ensaio que o racismo na saúde é invisibilizado e na maioria das instituições de ensino e de aperfeiçoamento profissional, não é considerado relevante. Predomina a ideia da desigualdade se originar apenas de questões econômicas. Além disso, falta representatividade de docentes e médicos negros nas instituições e, especialmente, profissionais não brancos entre os líderes e a normalização de preconceitos e estereótipos raciais.

O reconhecimento e conhecimento sobre a temática são fundamentais para a equidade racial, como já preconizados na própria PNSIPN. As ações de enfrentamento devem se pautar na visibilidade do racismo como estruturador das sociedade e efeitos deletérios na saúde da população negra, em um currículo antirracista na graduação, debate com profissionais, docentes e discentes não negros que promovam conscientização sobre o próprio preconceito e desenvolvimento de habilidades para a percepção do racismo no atendimento à saúde da população negra.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Desigualdades Raciais e de Renda no Acesso à Saúde nas Cidades Brasileiras. Brasília: IPEA, 2023.
- [2]Silva DFL, Lyra TM, da Silva JBR, Faustino DM. Para além do Racismo Institucional? Uma análise do conteúdo da Política de Saúde para a População Negra. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023; 28; (9): 2527-35.
- [3]Martins MLST, Taquette SR. O racismo e o sexismo na trajetória das estudantes de Medicina negras: uma revisão integrativa. *Interface[Internet]*. 2024 [citado 2024 Jul 4] ;28:[1-17].Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230343>

RAZÓN DE MORBILIDAD ESTANDARIZADA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES Y POBREZA, ECUADOR, 2001 Y 2022

Virginia Ruiz-Vinueza¹

Gabriela Dávila

Pablo Álvarez

Daniel Zurita

Natalia Romero-Sandoval

Philip Cooper

Ana L. Moncayo

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) afectan significativamente la calidad de vida en la población adulta mayor aumentando el riesgo de discapacidad (1) y son responsables de más de dos tercios de las muertes a nivel mundial (2). El envejecimiento en entornos de pobreza incrementa la frecuencia de aparición de las ECNT especialmente en países de ingresos medios y bajos (3)health and wellbeing for all, equitable education, gender equality, and reduction of inequalities within and between countries. The interaction between inequalities and health is complex: better economic and educational outcomes for households enhance health, low socioeconomic status leads to chronic ill health, and non-communicable diseases (NCDs).

Una población afectada por la pobreza carece de los recursos necesarios para enfrentar los elevados costos de los tratamientos, situación que incide en la prevención de las complicaciones agudas y crónicas derivadas de estas patologías y perpetúa el empobrecimiento de poblaciones vulnerables (4). Ante una creciente población envejecida afectada por enfermedades crónicas en situaciones de precariedad económica, la necesidad de políticas públicas es apremiante (3)health and wellbeing for all, equitable education, gender equality, and reduction of inequalities within and between countries. The interaction between inequalities and health is complex: better economic and educational outcomes for households enhance health, low socioeconomic status leads to chronic ill health, and non-communicable diseases (NCDs).

OBJETIVO

Analizar la autocorrelación espacial de la razón de morbilidad estandarizada de egresos hospitalarios por enfermedades crónicas no transmisibles en mayores de 65 años con el porcentaje de pobreza por necesidades básicas insatisfechas en las provincias de Ecuador en los años censales 2001 y 2022.

1 Universidad Internacional del Ecuador. E-mail: viruizvi@uide.edu.ec

METODOLOGÍA

Estudio ecológico basado en patrones geográficos de las 24 provincias como unidad de análisis. Las fuentes fueron los Registros Estadísticos de Camas y Egresos Hospitalarios, Proyecciones Poblacionales y Censos de Población y Vivienda del 2001 y 2022 publicadas por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). La razón de morbilidad estandarizada (RME) de los egresos hospitalarios (EH) por ECNT -diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares isquémicas, enfermedades cerebrovasculares e hipertensión arterial- en mayores de 65 años fueron calculadas con la población de Ecuador como referencia y ajustada por edad-sexo y se calculó el porcentaje de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI). Se empleó el Índice de Moran Global con el fin de establecer si la distribución espacial fue aleatoria o siguió un patrón geográfico en cada año censal y, mediante el análisis local (Índice de Moran Local -LISA) se generó clústeres locales de alta o baja correlación espacial. Los programas informáticos utilizados fueron SPSS v.30 y GeoDa.

RESULTADOS

Las figuras 1 y 3 muestran la autocorrelación espacial global en la distribución entre la RME de EH y la pobreza por NBI distribuida en terciles para 2001 y 2022, respectivamente. Las figuras 2 y 4 revelan la agrupación espacial específica entre las variables de interés por provincia y el nivel de significancia estadística para cada una de ellas.

El Índice de Moran Global obtenido fue bajo y no significativo ($I = -0,062$; $I = 0,076$ para 2001 y 2022, respectivamente) por lo que, en términos generales, hubo insuficiente evidencia que sugiera una correlación espacial fuerte entre ambas variables. Sin embargo, el análisis local identificó clústeres específicos donde sí se observó una asociación espacial significativa, estas zonas fueron de alta RME de EH por ECNT y alto porcentaje de pobreza, en el 2001 en la provincia Amazónica sur (Zamora Chinchipe; $p=0,001$) y en el 2022 a esta provincia se unió la de la frontera Amazónica norte (Sucumbíos $p=0,001$). En el resto de las provincias, la distribución espacial de ambas variables fue heterogénea y no mostró un patrón de correlación claro.

CONSIDERACIONES

Esta investigación partió de una visión ampliada de las CyMAT en sintonía con una perspectiva metodológica que se propuso generar conocimiento a partir de la participación de los/as trabajadores/as con el objetivo de construir propuestas para transformar sus condiciones laborales. Por un lado, se consideró que las malas condiciones laborales no sólo afectan al trabajador en tanto individuo, sino a todo el colectivo. Por otro lado, se reconoció que para construir conocimiento es importante recuperar las percepciones que poseen los/as trabajadores/as y sus representantes sobre las actividades que cotidianamente realizan. La elaboración de una encuesta colectiva y las decisiones en torno a su aplicación se enmarcan en esta perspectiva.

Respecto a los resultados, entre las principales problemáticas se detectaron falencias en la provisión de insumos y elementos de trabajo y en la dotación de personal administrativo/técnico/profesional en los servicios. Situación que se enmarca en contexto de crisis económica y social.

REFERENCIAS

- (1) Buttaró TM, Polgar-Bailey P, Sandberg-Cook J, Dick KL, Montgomery JB. Primary care : interprofessional collaborative practice. 2025;1591.
- (2) World Health Organization. Envejecimiento y salud. Geneva: WHO; 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- (3) Niessen LW *et al.* Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. Lancet. 2018;391(10134):2036–46.
- (4) Jan S *et al.* Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. Lancet 2018;391(10134):2047–58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29627161/>

RECONFIGURACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA DESDE LA DETERMINACIÓN SOCIAL

Jorge Sotelo Daza¹

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan un desafío global para la salud pública, especialmente en países de ingresos bajos y medios. En 2020, 523 millones de personas padecían ECV, representando el 32% de todas las muertes. La educación para la salud (EpS) juega un papel determinante en la detección, prevención e intervención de las ECV (1), promoviendo una visión integral de la salud que requiere participación tanto individual como colectiva (2). Sus estrategias deben alinearse con políticas de salud que aborden factores que influyen en el bienestar de la población (3). La determinación social de la salud propone entender la salud y la enfermedad como un proceso dialéctico, analizando las condiciones sanitarias dentro del contexto social que las condiciona (4). Ampliar la comprensión de la EpS en las ECV implica superar diferentes retos: culturales, al enfrentar barreras y creencias arraigadas o estigmas que subestiman la prevención; políticos, requiere políticas públicas sostenibles que prioricen la salud colectiva sobre intereses sectoriales; económicos, exige equilibrar la accesibilidad a servicios en contextos de inequidad; y sociales, demanda abordar determinantes que condicionan hábitos y adherencia a tratamientos. Sin un enfoque intersectorial que integre estas dimensiones, las estrategias de EpS corren el riesgo de ser fragmentarias y poco efectivas.

OBJETIVO

Examinar aspectos socioculturales, políticos y económicos relacionados con la dinámica de la educación para la salud en padecimientos cardiovasculares desde la determinación social de la salud en una red hospitalaria del suroccidente colombiano.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo con enfoque etnográfico, basado en una perspectiva constructivista que analiza las interpretaciones subjetivas de los participantes sobre su realidad (5). Se incorporó un muestreo intencional que incluyó 17 pacientes con diagnóstico de ECV y siete profesionales de salud (4 médicos y 3 enfermeros) de una red hospitalaria del suroccidente colombiano. Los datos se recolectaron utilizando entrevistas en profundidad y diarios de campo. El análisis de datos siguió un enfoque sistemático: primero se transcribieron y leyeron individualmente las 24 entrevistas para identificar patrones generales; luego, mediante el método comparativo constante, se extrajeron unidades de significado y se consensuaron categorías entre los investigadores (6). El proceso interpretativo

1 Universidad del Valle, Facultad de Salud, Colombia. E-mail: jorge.sotelo@correounivalle.edu.co

incluyó tres fases: acumulación (organización de datos), desmontaje (análisis hermenéutico detallado) y reensamblaje (construcción de códigos emergentes). Finalmente, se realizó un análisis transversal de las metacategorías, contrastándolas con el marco teórico previo. Las discrepancias entre investigadores se resolvieron mediante discusión conciliatoria, asegurando la validez de los hallazgos.

RESULTADOS

Los participantes describieron que la EpS es un proceso relevante, necesario, pero a la vez complejo que fortalece la salud cardiovascular. Se identificaron seis temas principales (metacategorías): (a) Política sanitaria con predominio de enfoques mórbido y económico céntricos; (b) Aseguramiento en salud / Principio de solidaridad; (c) Modos de vida insanos; (d) Representaciones y subjetividades de la educación en salud; (e) Estilos de vida insanos; (f) Concepciones y valores personales para organizar acciones en defensa de la salud.

El estudio identificó desde el dominio general (estructuras político-económicas) como principal barrera las políticas sanitarias que privilegian el modelo curativo y la rentabilidad económica, relegando la prevención y reduciendo los recursos para EpS. Como contrapeso, el sistema de aseguramiento en salud (fundado en el principio de solidaridad) emergió como factor protector al garantizar acceso universal y gratuito a actividades de EpS. Desde el dominio particular (modos de vida grupales), las intervenciones educativas presentan limitaciones como un enfoque individualista que estigmatiza a los pacientes al atribuirles la responsabilidad de sus hábitos, obviando los condicionantes sociales; y falta de pertinencia cultural al no adaptarse a las particularidades de diversos grupos poblacionales. Se destacan como estrategias efectivas los programas de tamizaje temprano. Desde el dominio singular (experiencias individuales) existe relacionamiento entre las condiciones económicas adversas y los estilos de vida no saludables (dietas hipercalóricas, sedentarismo), debido al limitado acceso a alimentos nutritivos, espacios para actividad física y servicios preventivos. Como factores protectores se describieron el rol protagónico de ciertos miembros familiares en promover hábitos saludables y el uso estratégico de tecnologías de información y redes de apoyo, demostrando que incluso en contextos desfavorables existen oportunidades para el autocuidado.

CONSIDERACIONES

La política sanitaria de predominancia mórbida y economicista, junto con los modos de vida insanos y las limitaciones económicas, constituyen barreras para la adopción de comportamientos saludables y el empoderamiento de las personas en el cuidado de su salud cardiovascular. Sin embargo, el principio de solidaridad del sistema de salud, las representaciones y subjetividades positivas hacia la EpS, el liderazgo en el cuidado familiar y el uso de las TIC emergen como procesos protectores que pueden ser aprovechados para fortalecer las intervenciones educativas y promover la salud cardiovascular.

Es necesario reorientar la política de salud centrada en la integralidad y culturalmente sensible hacia un enfoque preventivo y participativo, que reconozca la diversidad cultural y las condiciones

de vida de las poblaciones. La EpS debe trascender la mera transmisión de información y centrarse en el empoderamiento de las personas, fortaleciendo su capacidad de agencia para transformar sus condiciones de vida y construir un entorno social más propicio para la salud.

REFERENCIAS

- (1) Hwang H, Kuo T. Competency in delivering health education: A concept analysis. *J Interprof Educ Pract.* 2018;11:1-7.
- (2) Peñaranda F, López J, Molina D. La educación para la salud en la salud pública: Un análisis pedagógico. *Hacia Promoc Salud.* 2017;22(1):123-133.
- (3) Molina D, Peñaranda F, López J, Loaiza T. El frente discursivo biomédico, neoliberal y tradicional de la educación: Debate en la educación para la salud crítica. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2021;39(1):1-11.
- (4) Breilh J. The social determination of health and the transformation of rights and ethics. *Glob Public Health.* 2023;18(1):2193830.
- (5) Carspecken PF. *Critical ethnography in educational research: A theoretical and practical guide.* New York: Routledge; 2013.
- (6) Timmermans S, Tavory I. *Data analysis in qualitative research: Theorizing with abductive analysis.* 1st ed. Chicago: University of Chicago Press; 2022.

RECREACIÓN E INFANCIAS: ACCESIBILIDAD A ACTIVIDADES RECREATIVAS EN EDADES ESCOLARES EN LA VILLA 31, BARRIO PADRE MUGICA

Lucas Pablo Pisani¹

INTRODUCCIÓN

Este trabajo busca conocer las actividades lúdicas realizadas por niños/as de entre 4 a 12 años por fuera del colegio y analizar las variables que inciden en la accesibilidad de dicho grupo etario al juego.

El mismo fue desarrollado como parte de la formación en investigación de la residencia de Medicina General. Se realizó un trabajo a base de encuestas dentro de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) del territorio de la Villa 31, uno de los asentamientos más antiguos y conocidos de CABA, donde viven personas con alta vulnerabilidad y diferentes culturas.

El juego es un proceso divertido, de aprendizaje, desarrollado en un ambiente ficticio que nos separa temporalmente de la realidad y que forma parte de la niñez. Pero antes esta se pensaba como un periodo del individuo sin voz, más como objeto a ser cuidado (2). Esto fue cambiando, sentando la idea de los niños como sujetos de derecho capaces de ejercerlos y exigirlos. UNICEF establece al juego como algo necesario, respetado y que debe ser promovido para el desarrollo de todos los niños garantizando un pleno desarrollo y goce de su niñez (1). Por otro lado, definimos a la accesibilidad como aquel vínculo generado entre el usuario y el sistema que involucra las condiciones y discursos de los servicios como también las circunstancias de los usuarios (3). Usamos este concepto del acceso a la salud pensándolo en relación al juego. Entendemos que acceder a estos espacios y actividades depende tanto de su existencia, variedad, deseos y la capacidad o no (cualesquiera sean las causas) de la población de alcanzarlos. Pensamos este trabajo como un inicio para trabajos de mayor profundidad a futuro.

OBJETIVO

Evaluar la accesibilidad a actividades recreativas por parte de niños/as de entre 4 a 12 años en la Villa 31 de CABA, Argentina.

Identificar diferencias en la accesibilidad a actividades recreativas en relación al género; Identificar grupos etáreos más vulnerados en el acceso al juego; Reconocer si existe relación entre dicha accesibilidad y la presencia o no de cuidadores; Indagar si hay un vínculo entre las actividades y la participación de pares; Conocer qué actividades prefieren y/o son más accesibles; Identificar limitantes y favorecedores de esas actividades; Investigar si se pregunta por el juego en los controles de salud.

1 Familia del Hospital de Agudos J.A.Fernández y de los Centros de Acción Comunitaria. E-mail: lucasppisani1@gmail.com

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue estandarizado, de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental. Se tomó a una población de niños entre los 4 y 12 años inclusive de la Villa 31 de la CABA y como fuentes de datos fueron los cuidadores (madre, padre, tutores) de dichos chicos mediante una encuesta con preguntas estandarizadas realizadas presencialmente, previa firma de consentimiento informado, y adecuando las mismas a las limitaciones de los entrevistados.

La unidad de análisis fueron los menores a cargo de los encuestados. La muestra fue por conveniencia no probabilística.

Se usaron como criterios de inclusión que tuvieran entre 4 a 12 años y que realicen controles en CeSAC N° 21 y/o 47. Se excluyeron a niños/as que presenten diagnósticos de trastornos del desarrollo severos, discapacidad motora severa y no escolarizados.

Los datos se volcaron y analizaron en Google Forms y planilla Excel buscando relación entre algunas de las variables socio-demográficas y las vinculadas a la accesibilidad. Como variables se eligieron la edad, género, antecedentes personales, escolaridad, hacinamiento, cuidadores, actividades realizadas, frecuencia, agentes favorecedores y limitantes.

RESULTADOS

Se realizaron 41 encuestas de manera presencial previo consentimiento por escrito en las salas de espera de los CeSAC 21 y 47. Para el análisis se subdividió a los grupos por su edad en tres: de 4 a 6, 7 a 9 y 10 a 12 años con la suposición que las actividades realizadas serían más similares entre esas edades y ver si hay diferencias en cada grupo.

La lista de actividades se pensó en relación a su existencia y accesibilidad tanto en el barrio como en CABA. La actividad más realizada fue el ir a plazas, canchas u otros espacios verdes sin distinción de género o edad. En segundo lugar, fueron los cines y teatros y las juntadas en casas de amigos. La asistencia a juegotecas o clubes de barrio fueron las actividades menos realizadas.

Ir a casas de amigos o a actividades en clubes fue levemente más realizado en el grupo de 10 a 12 años pero dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En general no hubo diferencias en cuanto al género pero sí para quienes vivían hacinados que respondieron compartían más tiempo con amigos o yendo a parques o plazas.

La frecuencia en la que realizaban dichas actividades eran en su mayoría menos de 3 veces por semana. Solo un 22% mencionó salir a diario.

Más del 70% de las respuestas tuvieron a la economía, el tiempo y la inseguridad como principales limitantes siguiéndole las nuevas tecnologías. Por otro lado, como favorecedores más de un 70% señaló la oferta de lugares atractivos, la existencia de grupos de pares, la disponibilidad de cuidadores y la ubicación del barrio en la CABA. Menos del 50% rescatan a la urbanización del barrio y solo el 25% a las nuevas tecnologías como algo positivo.

Por último, más del 50% de los encuestados dijeron que nunca o solo pocas veces fue preguntado lo recreativo en los controles de salud.

CONSIDERACIONES

Las actividades en plazas o canchas del barrio fueron las más realizadas tal vez por su mayor accesibilidad por la gran oferta que hay y su nulo coste económico mientras que el poco uso de pantallas puede responder a cuestiones económicas que habría que seguir analizando.

Las limitantes más importantes como el tiempo, la inseguridad y la situación económica afectan hace años la vida de los argentinos y seguro más aún en un barrio vulnerable, marcando así la frecuencia con que se puede salir. Por otro lado, la edad y el género no marcarían diferencia notable en cuanto a las actividades que pueden hacer.

Sin embargo, la oferta de lugares y la existencia de pares fueron señaladas como favorecedores lo que impulsa pensar como nosotros podríamos trabajar con la población para fortalecer estos pilares.

Por último, creemos que la poca inclusión de lo recreativo en los controles de salud merece llevarnos a poder repensar nuestra práctica y la importancia que divertirnos tiene en la infancia.

REFERENCIAS

- (1) UNICEF. Comité Español. "Convención sobre los derechos del niño". 2006. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- (2) Acosta Jiménez WA. La infancia como sujeto de derechos según UNICEF. Aportes para una lectura crítica y de extrañamiento. Pedagogía y Saberes. 2012;(37):89-101. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=614064827008>
- (3) Garbus P, Solitario R, Comes Y. "La accesibilidad a la atención en salud: su articulación con la participación en salud de los usuarios". XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-073/429>

RECUPERANDO O FÔLEGO: A IMPORTÂNCIA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS PRESÍDIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Helena Medrado Ribeiro¹

Elaine Reis Brandão

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Seria esperado que penitenciárias facilitassem o controle de doenças infecciosas, mas historicamente o cenário prisional brasileiro revela o oposto: ambientes insalubres, dificuldades no trabalho intersetorial e obstáculos políticos e orçamentárias comprometem a efetividade das políticas públicas. [1,2] Como resultado, as prisões são focos persistentes de tuberculose. Em 2019, houve 15.266 novos casos entre pessoas privadas de liberdade no país, com incidência 29 vezes maior que na população geral. Mais da metade das cepas de *Mycobacterium tuberculosis* em áreas urbanas tem origem nesse grupo. [3-5]

Para enfrentar esse problema, foi criada a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) em 2014. [6] No estado do Rio de Janeiro, terceiro estado com maior incidência da doença, [7] os municípios aderiram à PNAISP entre 2016 e 2022, induzidos por estratégias estaduais de cooperação técnica e financeira.

Este estudo investiga de que modo as equipes de Atenção Primária Prisional (e-APP) contribuíram para o controle da tuberculose nos presídios fluminenses, analisando sua implementação e dois indicadores operacionais da doença entre 2018 e 2024. Busca-se entender se a estruturação da atenção primária começa a garantir, de fato, o direito à saúde no sistema prisional do estado do Rio de Janeiro.

OBJETIVO

Analisar a importância das equipes de Atenção Primária Prisional para o controle da tuberculose no sistema prisional fluminense. Descrever a implementação das equipes de Atenção Primária Prisional no estado do Rio de Janeiro no período entre 2018 e setembro de 2024;

Examinar dois indicadores da tuberculose: “proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial” e “proporção de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV”.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental que combinou abordagens qualitativas e quantitativas.

Para descrição do processo de implementação das e-APP, foram analisados documentos

institucionais, normativas e relatórios técnicos, com o objetivo de reconstruir cronologicamente as etapas envolvidas na criação e operacionalização dessas equipes. Adicionalmente, foram consideradas informações obtidas durante eventos oficiais dos quais a autora participou como residente na Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SUPAPPSV/SES-RJ). Os documentos foram avaliados segundo os critérios de autoria, contexto, universo sociopolítico do autor, autenticidade e natureza do texto. [8]

Os indicadores operacionais examinados, no período entre 2018 e setembro de 2024, isto é, antes e após a implementação das equipes, foram extraídos do Painel de Indicadores da Tuberculose, disponível no site da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ): (i) proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial e (ii) proporção de casos novos de tuberculose submetidos à testagem para HIV.

RESULTADOS

O Rio de Janeiro aderiu à PNAISP em 2014, mas apenas em 2019, com a criação da SUPAPPSV na SES-RJ, iniciou-se a implementação da política nos municípios com unidades prisionais. Essa superintendência coordenou ações intersetoriais, criou o Grupo Condutor Estadual da PNAISP e lançou o Programa Estadual de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da PNAISP (COFI-PNAISP), garantindo R\$ 15,1 milhões para fortalecer a saúde prisional, especialmente para o enfrentamento da tuberculose. O programa financiou a criação das Equipes de Apoio à Gestão da Saúde Prisional (EAGESP), compra de insumos, expansão e custeio das equipes de saúde prisional.

Até 2019, apenas três municípios haviam aderido à PNAISP. Com o incentivo técnico e financeiro, todos os municípios com unidades prisionais aderiram até 2022. O número e-APP passou de quatro, em 2019, para 54, em 2024, com 39 cofinanciadas pelo estado. Hoje, todas as unidades prisionais do Rio de Janeiro estão cobertas pela Atenção Primária Prisional.

A confirmação laboratorial da tuberculose aumentou 62% a partir de 2022, atingindo 89% até setembro de 2024. O diagnóstico laboratorial cresceu significativamente em municípios como Itaperuna (300%) e Japeri (250%). A testagem para HIV, inferior a 25% em 2018, subiu progressivamente, atingindo 95% dos casos novos de tuberculose em 2023, com cobertura mínima de 80% em todos os municípios.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Analisou-se a importância das e-APP no controle da tuberculose no sistema prisional fluminense, descrevendo sua implementação e avaliando dois indicadores estratégicos. Embora o Rio de Janeiro tenha aderido à PNAISP em 2014, apenas em 2019, com a tal superintendência na SES-RJ e ações civis da DPRJ, iniciativas concretas fomentaram o processo. Desde 2024, todas as unidades prisionais contam com e-APP.

Os resultados mostraram aumento na confirmação laboratorial da tuberculose e na testagem para HIV, impulsionados pela descentralização da atenção à saúde prisional e expansão da Rede Estadual de Laboratórios. Apesar de avanços, há desafios como a continuidade do cuidado, tendo em vista as diversas barreiras de acesso, e a sustentabilidade do cofinanciamento.

Este estudo reforça o papel do SUS e da LEP de 1984 na garantia de direitos da população privada de liberdade, e destaca a necessidade de novas pesquisas sobre a PNAISP para fortalecer a saúde prisional.

REFERÊNCIAS

- [1] Santos MM, Sanchez AR, Larouzé B. Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00224920.
- [2] Ely KZ, Dotta RM, Jarczewski CA, Valim ARM, Possuelo LG. Bacteriological diagnosis of tuberculosis in prison inmates: actions taken by the primary health care teams in prisons. *J Bras Pneumol*. 2020;46(2):e20190179.
- [3] Martinez L, Warren JL, Harries AD, Croda J, Espinal MA, López Olarte RA, et al. Global, regional, and national estimates of tuberculosis incidence and case detection among incarcerated individuals from 2000 to 2019: a systematic analysis. *Lancet Public Health*. 2023;8(7):e511–9.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
- [5] Nóvoa-Lôbo NM, Campos MR, Pires DC. Tuberculose no sistema prisional brasileiro: cenários via Joinpoint entre 2007 e 2019. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(9):e00166722.
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
- [8] Cellard A. A análise documental. *In*: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A, editores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.

REDES DE APOIO PARA JOVENS GAYS EM TERRITÓRIOS INTERIOANOS: DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Gleydson Felipe Duque de Paiva¹

Marcos Antonio Ferreira do Nascimento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho se traduz num recorte da pesquisa de mestrado, que teve como foco a compreensão dos diferentes processos de coming-out, elencando desde o reconhecimento da homossexualidade às revelações, levando em consideração as dinâmicas do contexto interiorano, da Região Médio Paraíba, do estado do Rio de Janeiro. Além da identificação dos atravessamentos que permeiam o reconhecimento e a enunciação da orientação afetivo sexual, também foi possível mapear os espaços de sociabilidade e a construção de redes de apoio e proteção desses jovens.

De igual modo, evidenciou-se o distanciamento dos participantes da pesquisa em relação às políticas públicas, sobretudo de saúde, o que, consequentemente, propicia tanto a iminência de adoecimento, quanto a desinformação quanto à infecções sexualmente transmissíveis, doenças e protocolos de atendimento em caso de violência. Ademais, embora haja políticas específicas para a população LGBTQIA+ no território estudado, os dados apresentaram que estas se fazem insuficientes na promoção da saúde e dos direitos humanos, onde os participantes não as consideram como ambientes de acolhimento e proteção.

OBJETIVO

Proporcionar reflexões acerca da homossexualidade masculina em dinâmicas interioranas, enfatizando o inaccess às políticas públicas e suas consequências, elencando a construção de estratégias de proteção e redes de apoio.

METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa se deu a partir de uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, com dez jovens gays, oriundos do território delimitado, com análise dos dados a partir da interpretação de núcleos de sentido(1). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), sob o CAAE de número 76600623.2.0000.5269. O recrutamento dos participantes foi dado por meio da divulgação em unidades de Centros de Cidadania LGBTI e, também, por indicação de outros entrevistados. As entrevistas ocorreram de forma presencial, em locais escolhidos pelos próprios participantes, que tiveram o anonimato preservado, bem como, com ciência e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) – E-mail: gleydson.felipe@hotmail.com

RESULTADOS

Os principais resultados da pesquisa apontaram para um processo, que apesar de apresentar similaridade, ocorre de forma singular. Evidenciou-se que a identificação da homossexualidade não implica em aceitação, necessariamente. A influência religiosa-cristã exerce uma função de marginalização da masculinidade gay, o que estrutura processos de negação. Essa influência ainda reflete nos processos de aceitação/tolerância por parte da família e dos amigos, mas também do território, como contexto, onde a intensa vigilância e o controle sobre a vida dos sujeitos é intensificado.

Foi percebido que os espaços de sociabilidade são insuficientes na região, e que interferem diretamente na organização política e na construção de redes de acolhimento. De igual modo, a característica interiorana incide no acesso desse público às políticas públicas. Um dos fatores é o fato de que, nas cidades pequenas, os trabalhadores das políticas públicas também são vizinhos e familiares da população usuária. Nessa dinâmica, é inevitável que o medo das injúrias se instale (2).

Esse distanciamento das políticas públicas favorece a susceptibilidade a adoecimentos e agravos, como a desinformação quanto à saúde sexual, cânceres, e ainda, aos protocolos referentes às situações de violência. Também promove adoecimentos psicoemocionais, onde a psicoterapia é, muitas vezes, restrita a quem tem planos de saúde ou acesso a consultórios privados de psicologia. O acesso a profilaxias, por exemplo, fica limitado, com deslocamentos de alguns desses jovens a outros municípios, visando preservar sua integridade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É possível compreender que a territorialidade interfere nos processos de reconhecimento, aceitação/negação e de enunciação da homossexualidade, onde as características interioranas de intensa vigilância e das injúrias são atravessamentos que forjam o manejo do coming-out(2-4). A influência religiosa-cristã opera como sustentáculo da heteronormatividade e estabelece processos de rejeição.

A homofobia se estrutura no conservadorismo interiorano e influencia o acesso às políticas públicas, o que dificulta a promoção da saúde e do acesso a direitos fundamentais. A insuficiência de sociabilidade contribui para a desarticulação dos jovens gays e, consequentemente, não se constituem redes de acolhimento e proteção, bem como não atuam no controle social das políticas públicas. Desse modo, questiona-se o papel de proteção social afiançado nas políticas, que se mostram insuficientes, periferizando ainda mais esse grupo social.

REFERÊNCIAS

- (1) Gomes R *et al.* Organização processamento, análise e interpretação de dados e desafios da triangulação. *In:* Minayo MC, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- (2) Eribon D. Reflexões sobre a questão gay. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2008.
- (3) Franco N, Salvador NRC. Todo mundo tá sempre tomando conta da vida dos outros: vivências e trajetórias LGBTQIA+ em contextos interioranos. *Rev Debates Insubmissos*, Caruaru, PE. 2020;3(9).
- (4) Sedgwick EK. A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, Quereres. 2007;28:19-54.

REEMERGÊNCIA DA COQUELUCHE NO BRASIL: INCIDÊNCIA E COBERTURA VACINAL SOB A PERSPECTIVA DAS DESIGUALDADES TERRITORIAIS NA ÚLTIMA DÉCADA

Thaísa Fernandes dos Santos¹

Juan Vicente da Cunha Leal

Amanda Cilene Cruz Aguiar Castilho da Silva

Jessica Pronestino de Lima Moreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A coqueluche é uma doença respiratória aguda causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. Altamente contagiosa, afeta principalmente crianças menores de um ano, mas pode acometer indivíduos de todas as idades, principalmente nos casos em que a imunidade conferida pela vacinação diminui ao longo do tempo. Apesar da existência de vacinas, a doença voltou a preocupar autoridades de saúde pública em diversos países, inclusive no Brasil, devido ao ressurgimento de casos na última década [1-4].

Diversos fatores contribuem para este fato, incluindo a redução da imunidade conferida pelas vacinas acelulares ao longo do tempo, a hesitação vacinal impulsionada por desinformação, e a desigualdade no acesso aos imunizantes. No Brasil, observa-se uma cobertura vacinal abaixo do esperado pelo Programa Nacional de Imunizações nos últimos anos, o que pode ser atribuído à queda nas taxas de vacinação desde 2016 e à intensificação da hesitação vacinal, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como uma das principais ameaças à saúde global [2-4].

A implementação de políticas públicas que incentivem a vacinação em diferentes faixas etárias e grupos de risco, aliada à capacitação aprimorada dos profissionais de saúde em diagnóstico e vigilância epidemiológica, é essencial para reduzir a incidência da coqueluche e assegurar um controle eficaz da doença na população [1].

OBJETIVO

Analisar a evolução epidemiológica da coqueluche no Brasil entre 2015 e 2024, com base nos casos notificados, na cobertura vacinal e na distribuição territorial das taxas de incidência, com foco nas desigualdades entre as Unidades da Federação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, de base populacional, que analisou os casos de coqueluche notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SUS) e os dados de cobertura vacinal extraídos do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), ambos

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: thaisafs@id.uff.br

acessíveis por meio da plataforma DATASUS, referentes ao período de 2015 a 2024. Foram avaliados os números de casos notificados de coqueluche e as coberturas vacinais das vacinas Pentavalente (indicada para crianças) e DTP/DTPa (recomendada para adultos). As taxas de incidência foram calculadas por 100.000 habitantes para cada Unidade da Federação, com destaque para os anos de 2015 (marco inicial da série histórica), 2019 (período pré-pandemia) e 2024 (dados mais recentes disponíveis). A organização, limpeza e análise dos dados foram realizadas nos programas IBM SPSS Statistics, versão 29, e Microsoft Excel 2021.

RESULTADOS

Os dados sobre a coqueluche no Brasil revelam um cenário preocupante quanto à sua incidência em alguns estados. Entre 2015, 2019 e 2024, houve aumento significativo por 100 mil habitantes em locais como São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Em São Paulo, a incidência subiu de 1,19 (2015) para 7,09 (2019), atingindo 68,79 em 2024. No Rio Grande do Sul, passou de 1,04 (2015) para 3,45 (2019) e chegou a 21,59 em 2024. Já no Paraná, foi de 2,58 (2015) para 0,85 (2019), mas disparou para 22,82 em 2024. Esses números mostram uma tendência crescente alarmante nessas regiões.

Por outro lado, alguns estados apresentaram queda no mesmo período. Em Pernambuco, a incidência caiu de 4,25 (2015) para 5,47 (2019), encerrando em 1,05 (2024). No Espírito Santo, houve redução de 4,07 (2015) para 0,65 (2019), permanecendo em 0,00 em 2024. No Amazonas, a variação foi de 2,62 (2015) para 1,67 (2019) e 2,99 em 2024.

Durante o período pandêmico (2020–2023), observou-se uma queda geral nos casos, provavelmente ligada às medidas de distanciamento social, que reduziram a transmissão de doenças respiratórias. Porém, após 2022, houve retomada do aumento de casos, indicando a permanência de fatores que favorecem o retorno da coqueluche.

A cobertura vacinal segue abaixo da meta de 95% do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o que contribui para o aumento expressivo dos casos: de 213 em 2023 para 6.030 em 2024, com 311 casos e três óbitos já registrados no início de 2025.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo destaca a reemergência da coqueluche como um desafio à saúde pública no Brasil, especialmente em 2024. Os dados mostram aumento expressivo nos casos e nas taxas de incidência, revertendo a tendência nacional de controle observada em anos anteriores e coincidindo com a queda nas coberturas vacinais.

Embora a vacinação seja reconhecida como o principal meio de prevenção, a cobertura vacinal permanece insuficiente e heterogênea, especialmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde ocorreram os maiores aumentos.

Os resultados obtidos evidenciam a ausência de políticas públicas que visem a capacitação dos profissionais de saúde para educação em saúde, visando o combate direto da desinformação sobre os

imunizantes, além daquelas focadas em aprimorar a distribuição das vacinas de forma mais eficiente em regiões críticas, o que permitiria retomar o controle da doença e garantir maior saúde à população.

REFERÊNCIAS

- [1] Bagattini AM, Policena G, Minamisava R, et al. The Data Used to Build the models: Pertussis Morbidity and Mortality Burden considering Various Brazilian Data Sources. *Vaccine*. 2021 Jan;39(1):137–46.
- [2] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional De saúde, 2013 : Ciclos De Vida : Brasil E Grandes Regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística-IBGE; 2015.
- [3] Friedrich F, Valadão MC, Brum M, et al. Impact of Maternal dTpa Vaccination on the Incidence of Pertussis in Young Infants. Hozbor DF, editor. *PLOS ONE*. 2020 Jan 28;15(1):e0228022.
- [4] Nunes A, Abreu A, Furtado B, et al. Epidemiology of pertussis among adolescents, adults, and older adults in selected countries of Latin American: a systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2021 Mar 18;17(6):1733–46

REFLEXÕES SOBRE ASPECTOS INTERSECCIONAIS E SAÚDE DA MULHER

Rocío Fernandez Santos Viniegra¹

Aluísio Gomes da Silva Júnior

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde da mulher abrange diversas direções de estudos e de práticas transpassadas por características particulares de gênero, que por sua vez interagem com aspectos históricos, culturais, políticos e econômicos (1). A interseccionalidade explica a sobreposição de fatores (como a raça, sexo, condições sociais e econômicas, idade, peso, entre outros) que reforçam situações opressoras e vulnerabilizantes, aumentando assim a discriminação e desigualdade entre pessoas ou grupos marginalizados (2).

Os aspectos interseccionais coincidem com os determinantes sociais da saúde, que podem influenciar nas condições de vida desencadeadoras do processo saúde-doença. Além dos fatores já citados, somam-se a esse processo a “nacionalidade, migração, religião, orientação sexual, identidade de gênero, geografia, deficiência e doenças” (3).

Compreende-se que os aspectos interseccionais configuram fatores de risco para o agravamento das condições de saúde da população feminina, favorecendo atos de violência pessoal e institucional observados nos atendimentos e nos processos de ensino-aprendizagem em saúde. Por outro lado, contradizem esforços de políticas públicas de proteção e cuidado à atenção à saúde, como o PNAISM (Política Nacional de Atenção integral à Saúde da mulher (4).

OBJETIVO

Discutir aspectos interseccionais que interagem nas condições de saúde das mulheres, ilustrados pela visão de alunos de medicina sobre situações observadas nas práticas de aprendizagem.

METODOLOGIA

Utilizou-se a reflexão teórica iluminada pela discussão sobre interseccionalidade em um recorte de uma pesquisa qualitativa de tese de doutorado (5), onde questionários semiestruturados foram aplicados a 130 dos 268 estudantes de medicina dos dois últimos anos de uma faculdade pública na região sudeste do Brasil. As respostas às perguntas abertas foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática de Bardin (6). Durante a pesquisa original foi possível identificar, para além dos objetivos iniciais da pesquisa, a presença de aspectos interseccionais que influenciam na percepção dos alunos, nas condições de saúde das pacientes e na forma como são tratadas no sistema de saúde. A releitura destes aspectos foi cotejada com o debate sobre interseccionalidade sendo o objeto desta reflexão teórica.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: rocioviniegra@id.uff.br

RESULTADOS

Sob uma perspectiva interseccional, os marcadores de classe, gênero e raça interagem de forma interdependente, intensificando desigualdades e violências estruturais enfrentadas por mulheres. Relatos de estudantes evidenciam tais preconceitos socioeconômicos e raciais no atendimento obstétrico, nos quais pacientes são tratadas de maneira desumanizada. Percebe-se, por exemplo, a diferenciação no tratamento refletida na paciência dos profissionais, na disponibilidade de explicações e na qualidade do atendimento; como observado nos recortes a seguir: “Preconceito socioeconômico e raciais (do staff) relacionados ao autocuidado e higiene da paciente gestante, tratada como objeto na enfermaria”. “Tratamentos diferentes entre mulheres com mais ou menos condições socioculturais quanto a paciência, explicações, tratamentos variam mesmo que a motivação da consulta seja parecida”.

Além disso, o racismo impacta o acesso, o tratamento e o prognóstico das doenças entre as mulheres negras, sendo agravado por desigualdades socioeconômicas, como precariedade em educação, emprego e moradia. Esses fatores contribuem para um ciclo de adoecimento e morte, consolidando estruturas hierárquicas de vulnerabilidade em saúde (4).

A obesidade e a gestação, frequentemente associadas a marcadores sociais de desigualdade, também emergem como fatores que acentuam vulnerabilidades (7). Relatos de estudantes apontam para práticas discriminatórias no ambiente hospitalar, incluindo comentários pejorativos sobre o peso e a higiene de pacientes, especialmente em contextos cirúrgicos, como nos exemplos a seguir: “Já ouvi muitos comentários maldosos sobre o peso da paciente, principalmente em centro cirúrgico, e vindo de médicos homens” e “Pacientes obesas sempre são identificadas previamente de forma pejorativa entre os profissionais de saúde; a paciente era de extrema vulnerabilidade social e moradora de rua”. “Paciente obesa gestante conduzida ao centro cirúrgico, a equipe fez chacota quanto a higiene da paciente e fazia comentários do tipo “come fast-food mesmo, vai ficar gorda igual a essa aí”.

A análise da interseccionalidade e dos determinantes sociais da saúde na população feminina revela impactos significativos do preconceito, da negligência médica e de práticas desumanizantes no cuidado em saúde. Tais fatores não apenas comprometem a qualidade da assistência, mas também influenciam a formação profissional, uma vez que estudantes de medicina frequentemente testemunham abordagens violentas de outros médicos sem intervenções corretivas ou discussões éticas adequadas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Reconhecer aspectos interseccionais associados às más práticas no cuidado em saúde é uma tarefa simples, porém delicada, pois denuncia práticas inadequadas e deficiências perpetuadas nos modelos de saúde biomédicos, paternalistas e preconceituosos. Quando tal reconhecimento ocorre pelos alunos, deve-se criar um alerta para combatê-lo e evitar que os futuros profissionais sejam os próximos perpetuadores das ações discriminatórias.

Nesse sentido, é importante desenvolver dispositivos para que estudantes e profissionais da

saúde possam discutir e/ou denunciar os atos prejudiciais aos pacientes, de forma anônima, e medidas corretivas sejam aplicadas nos executores. Deve-se também promover, de forma sistemática, a discussão de casos e situações que violem a ética e interfiram na formação médica em discussões públicas, sessões clínicas, ou outras técnicas de ensino.

REFERÊNCIAS

- (1) Souto K; Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate*. 2021;45(130):832–846.
- (2) Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*. 1991;43(6):1241-1299.
- (3) Galvão ALM. et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde Sociedade*. 2021;30(2):e200743.
- (4) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016;25(3):535–549.
- (5) Viniegra RFS. Desengajamento moral nas práticas de cuidado à saúde da mulher: a visão de estudantes de medicina de um hospital universitário [Tese]. 2025.
- (6) Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
- (7) Zanardo GLDP et al. Violência Obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. *Psicologia Sociedade*. 2017;29.

RELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO MATERNA AOS AGROTÓXICOS E A TERATOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Yasmim Campos dos Santos Maia¹

Andreza Pereira Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O estudo da influência de agentes teratogênicos na fase intra-uterina é realizado por meio de um ramo da ciência médica denominado Teratologia. Portanto, agente teratogênico é conhecido como substância, organismo, agente físico ou estado de deficiência que durante a exposição na gestação pode interferir no desenvolvimento embrionário causando danos físicos ou mentais. [1]

No contexto² de ampla utilização de agentes agrotóxicos no Brasil [2] e o reconhecimento de efeitos na saúde humana, inclusive na saúde reprodutiva [3], identifica-se a necessidade de investigar os efeitos da exposição materna aos agrotóxicos.

Estudos epidemiológicos afirmam que a exposição materna durante o período gestacional a diferentes agentes, como agrotóxicos e pesticidas, poderiam desencadear mutações intra-uterinas. Pesquisas internacionais associaram essa exposição a desfechos na vida fetal ou fases iniciais da vida extrauterina com alterações na expressão da carga genética do indivíduo e o aparecimento de doenças crônicas. [4]

OBJETIVO

Analisar publicações nacionais e internacionais que abordam a exposição materna aos agrotóxicos para caracterizar lacunas na literatura e identificar os tipos de exposição e desfechos a elas associados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que consiste na construção de uma análise ampla do conhecimento da literatura, possibilitando discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, além de reflexões e sugestões para a realização de futuros estudos. [5]

Esta pesquisa foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (PubMed), aplicando-se o recorte temporal entre 2020 e 2024. As buscas foram realizadas por meio de combinações em dupla e em trio, utilizando os operadores booleanos AND e OR, com os descritores: Exposição Materna (Maternal Exposure), Teratologia (Teratology), Agroquímicos (Agrochemicals), Saúde materno-infantil (Maternal and Child Health). Foram selecionados artigos

1

Universidade Federal Fluminense. E-mail: yasmiimcampos@gmail.com

disponíveis na íntegra e gratuitamente e que respondem ao objetivo do estudo. Foram excluídos os artigos repetidos.

RESULTADOS

Foram localizados um total de 437 artigos, sendo selecionados 31. Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos títulos e resumos a fim de eleger aqueles que respondessem ao objetivo da pesquisa. Foram escolhidos 21 artigos para leitura na íntegra e análise.

Os artigos selecionados são em maioria revisões e meta-análises e somente um é proveniente de estudo transversal. Os estudos analisam a exposição a agrotóxicos, como o glifosato, e pesticidas, especialmente organofosforados (OPs) e organoclorados (OCs). Três revisões investigam desfechos específicos: as malformações congênitas, a ocorrência do transtorno do espectro autista e de Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) em crianças. Entre os resultados dos artigos encontram-se os seguintes desfechos: o desenvolvimento de malformações congênitas, prematuridade, baixo peso ao nascer, câncer, óbito fetal, doenças crônicas e transtornos cognitivos, como o autismo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A revisão realizada revela a escassez de estudos que abordam esta temática, sendo necessário mais pesquisas com diferentes abordagens metodológicas para melhor compreensão da relação entre a exposição materna aos agrotóxicos e seus impactos nos desfechos perinatais.

Ademais, percebe-se que os conhecimentos identificados nos estudos, em sua totalidade, possuem uma linguagem restrita aos profissionais que desenvolvem pesquisas sobre essa temática, sendo necessária a criação de materiais que possibilitem a difusão e o acesso dessas informações para a população.

REFERÊNCIAS

- [1] Ferreira JD. Gestação, consumo de álcool e fumo, exposições ocupacionais materna e paterna e o desenvolvimento de leucemias em menores de 2 anos [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
- [2] Lopes CVA, Albuquerque GSC. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde debate*. 2018;42(117):518-34. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811714>
- [3] Augusto LGS. Dossiê danos dos agrotóxicos na saúde reprodutiva: conhecer e agir em defesa da vida. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores; 2024.
- [4] Silva ME et al. Agentes teratogênicos e desenvolvimento fetal: Uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*. 2021;10(5):1-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14555>.
- [5] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA, NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BARRANQUILLA DURANTE 2024

Patricia del Socorro Reales Fernández¹

Yolima Alarcon Vásquez

Yisel Pinillos Patiño

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

La adolescencia es una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales, donde los estilos de vida juegan un papel clave en la salud mental [1]. Factores como la alimentación, la actividad física y el consumo de sustancias pueden influir en la aparición de ansiedad y depresión [2,3]. Estudios previos evidencian que hábitos saludables reducen el riesgo de estos trastornos, mientras que el uso excesivo de tecnología y la sobrecarga académica lo incrementan [4,5].

En Colombia, la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes ha crecido, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica [6,7]. busca analizar la relación entre estilos de vida, ansiedad y depresión en adolescentes de Barranquilla, proporcionando datos para estrategias de prevención y promoción del bienestar emocional [8,9].

OBJETIVO

Analizar las relaciones existentes entre estilos de vida, ansiedad, depresión, información antropométrica y datos sociodemográficos de adolescentes entre los 13 y 18 años matriculados en dos Instituciones Educativas de Barranquilla durante el año 2024.

METODOLOGIA

La investigación se desarrolló bajo un diseño descriptivo con alcance correlacional y de corte transversal, adoptando un enfoque cuantitativo. El estudio se llevó a cabo en cinco instituciones educativas oficiales del distrito de Barranquilla, Colombia: la I.E.D. Santa Magdalena Sofía, I.E.D. Gabriel García Márquez, I.E.D. Jorge Isaac, I.E.D. Madres Católicas e I.E.D. Santa Bernardita. La población objetivo estuvo conformada por estudiantes matriculados entre los grados 8° y 11°, y se utilizó un muestreo estratificado por grado y colegio para seleccionar una muestra representativa de 567 estudiantes. La recolección de datos se realizó durante un período aproximado de dos meses, empleando diversos instrumentos validados: la ficha de evaluación antropométrica y sociodemográfica, el cuestionario de dieta y estilo de vida (ISCOLE), la prueba ASSIST para la detección del consumo de sustancias psicoactivas, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI-II). Esta combinación metodológica permitió un análisis integral de los factores físicos, emocionales y conductuales que inciden en la salud y bienestar de los adolescentes en contextos escolares.

RESULTADOS

El análisis descriptivo evidenció que la mayoría de los participantes eran hombres (51,7%) y que el grupo de 14 años fue el más representado (27,7%). Predominó el estrato 3 (41,6%) y los hogares con 3 a 4 personas (53,4%). En cuanto a los acudientes, el 39,2% tenía formación profesional y el 47,3% se desempeñaba laboralmente de forma independiente. En lo antropométrico, el 60,3% presentó un IMC adecuado y el 71,6% una talla acorde a su edad. En salud mental, el 78,8% mostró ansiedad muy baja y el 65,8% niveles mínimos de depresión. En cuanto al consumo de sustancias, la mayoría presentó riesgo bajo: más del 90% para alcohol, vapeadores, cigarrillos y cannabis. No obstante, los hábitos de sueño fueron deficitarios: el 57% dormía menos de siete horas por noche y solo el 34% cumplía con el mínimo recomendado. En actividad física, apenas el 23% alcanzó los niveles sugeridos, y un 29% llevaba un estilo de vida sedentario. En cuanto a alimentación, el 39% consumía comida rápida con frecuencia y el 27% no incluía frutas o verduras en su dieta diaria. Las correlaciones mostraron que el sexo influye en la percepción y práctica del ejercicio, calidad del sueño y hábitos alimentarios. Los hombres reportaron mayor coordinación motriz, pero también diferencias en descanso y alimentación. Se observaron relaciones negativas entre el tamaño del hogar y el consumo de alimentos procesados, así como entre estrato socioeconómico y el uso de tabaco o dulces. El sexo se asoció positivamente con niveles de ansiedad y depresión, que a su vez se relacionaron con peor calidad del sueño, menor ingesta de frutas, peor trato familiar, bajo rendimiento académico y mayor consumo de dulces, alcohol y sustancias.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Los resultados del estudio revelan una compleja interacción entre los factores sociodemográficos, los hábitos de vida y la salud integral de los adolescentes en Barranquilla, evidenciando una preocupante vulnerabilidad en esta población. A pesar de que una parte significativa presenta indicadores físicos dentro de rangos normales, emergen señales de alerta en salud mental, con niveles no despreciables de ansiedad y depresión, así como en el estilo de vida, caracterizado por sedentarismo, deficiencias en el sueño y una alimentación poco saludable. Las diferencias marcadas por sexo, estrato socioeconómico y tamaño del hogar muestran que las condiciones del entorno influyen de manera directa en el bienestar de los adolescentes. Estas evidencias subrayan la urgencia de implementar estrategias integrales de promoción de la salud y prevención de riesgos, con un enfoque diferencial que considere las particularidades del contexto social, educativo y familiar, a fin de fortalecer el desarrollo físico, mental y emocional de esta población clave para el futuro del país.

REFERÊNCIAS

- [1] Erikson EH. Identidad, juventud y crisis. Barcelona: Paidós; 1968.
- [2] Masten AS, Coatsworth JD. Competence in favorable and unfavorable environments. Am Psychol. 1998;53(2):205-20.

- [3] Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. Health behavior and health education. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2008.
- [4] Twenge J. iGen y el impacto de la hiperconexión. Fam Consum Sci Res J. 2017;48(8).
- [5] Steinberg L. Desarrollo cognitivo y afectivo en adolescencia. Trends Cogn Sci. 2005;9(2):69–74.
- [6] Marchand A, et al. Ansiedad y depresión en adolescentes. J Adolesc Health. 2019;64(5):655–61.
- [7] Merikangas KR, et al. Servicios usados por adolescentes con trastornos mentales. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(10):980–9.
- [8] Cuenca Robles NE, et al. Salud mental en universitarios latinoamericanos. Univ César Vallejo; 2020. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4403731>
- [9] Perales A. Formación ética y salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(1):100–5.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTAGIÁRIAS DE PSICOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, CONTRASTES ENTRE DEMANDAS E INTERVENÇÕES

Raphaella Silveira de Oliveira¹

Emily Lopes Maciel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato de experiência propõe refletir sobre as práticas da psicologia no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro a partir da vivência em campo de uma estagiária de CAPS e outra da Clínica da Família, comparando as demandas de Saúde Mental que chegam em ambos os serviços e as possibilidades de intervenções. Os usuários trazem, em ambos os casos, relatos de vulnerabilidade social e econômica, e buscam nos serviços acesso a algum tipo de tratamento psicoterapêutico ou farmacológico. O manejo dos casos se dá através de encaminhamentos para os dispositivos da rede e também pelo entorno dos usuários. Diante disso, a função da rede de atenção psicossocial se estabelece como um articulador de intervenções, e não como um serviço de clínica psicoterapêutica.

OBJETIVO

Este presente trabalho tem como objetivo comparar as experiências vividas por ambas estagiárias, ao longo do ano de 2024, nos serviços de base e especializado, que tratam das políticas implementadas e as intervenções realizadas, analisando quais os efeitos nos usuários e as possibilidades político-sociais do serviço público carioca.

METODOLOGIA

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, institui a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. [1] Destaca-se na Portaria a referência ao sofrimento mental como um dos alvos da RAPS, o que torna necessário o acolhimento e recepção de pacientes e usuários que chegam na rede com demandas de diferentes graus. Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) as Unidades de Atenção Primária podem ofertar suporte,

Identificação e manejo da pessoa em situação de sofrimento psíquico e com transtornos mentais mais prevalentes: sofrimento emocional e tristeza, transtornos depressivos, de ansiedade, do espectro obsessivo-compulsivo e/ou pós-traumático, transtornos por uso de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do humor bipolar, transtornos psicóticos e ações de prevenção ao suicídio e automutilação. [2]

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: raphaelasiloli@gmail.com

Face ao exposto, na Clínica da Família as intervenções se davam no âmbito de acolher o usuário que chegasse na unidade, entendendo que por vezes aquele poderia ser o único contato com um profissional de saúde mental, ainda que não fosse um trabalho de psicoterapia. [3]

Em conjunto a isso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem como diretriz a assistência aos transtornos mentais graves, funcionando como referência em Saúde Mental dentro do SUS. Historicamente, os CAPS se instituíram como substituto do modelo institucional de assistência à Saúde Mental, em função da Reforma Psiquiátrica no Brasil. [4] Assim, o modelo de cuidado do CAPS fica em torno da autonomia dos usuários e o manejo com as redes de apoio dos mesmos, escapando a uma lógica de produção de sujeitos através do serviço público. [5] Sendo assim, os casos, cada vez mais comuns, de usuários do SUS buscando psicoterapia ou intervenções medicamentosas na rede não ficavam tendo seu acompanhamento pela unidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Face ao exposto, a construção da rede de atenção à saúde mental não é feita exclusivamente com a clínica e a psicoterapia tradicional, pois esse atendimento ambulatorial para a saúde mental não é realizado imediatamente pelos dispositivos da rede do município do Rio de Janeiro, atualmente. É por meio do acolhimento do sofrimento do usuário e manejo das demandas através do cuidado no território, com outros serviços públicos, construção de rede de apoio e planejamento de intervenções possíveis que são ajustadas as procuras por saúde mental pelo SUS.

A procura por necessidade de saúde mental vem crescendo gradativamente, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). [6] Isso implica aos serviços públicos serem capazes de acompanhar essas necessidades, de modo a cumprir com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, as políticas públicas de saúde mental poderão encarregar-se das diferentes demandas e dos diversos sofrimentos mental, ampliando a capacidade do SUS e sua atuação.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério Da Saúde. Portaria no 3.088, de 26 de Dezembro de 2011. Diário Oficial da União, 26 de dez. 2011.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cartazes-e-cartilhas/casaps-versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf/view.
- [3] Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. 1997;13(3):469–78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.
- [4] Portocarrero Vera. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

- [5]. Carvalho SR, Lima EMFA. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). Interface (Botucatu). 2016;20(58):797–808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0888>
- [6] Organização Mundial da Saúde. Mental Health Atlas 2020. 8 de Outubro de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

RELATO DE EXPERIÊNCIA: DESAFIOS PARA PREVENÇÃO DA DENGUE NA CIDADE ESTRUTURAL-DF

Anna Jullia Feitosa Costa¹

Telma Keidi de Lima Ruivo

Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Cidade Estrutural, localizada no Distrito Federal, é uma região marcada por desafios socioeconômicos e ambientais, que impactam diretamente a saúde da população. Originada a partir de uma ocupação irregular, próxima ao antigo lixão de Brasília, onde a comunidade cresceu e vive até hoje, enfrentando condições de vulnerabilidade, que afetam o acesso a serviços básicos, como saneamento, saúde e educação. Diante desse cenário, diversas ações têm sido desenvolvidas para mitigar os impactos das arboviroses na comunidade, observado os determinantes sociais causadores de saúde-doença presentes no território.

A atuação conjunta, entre profissionais de saúde, e os projetos de extensão universitária, tem sido fundamental para a prevenção de arboviroses, como a Dengue. Por meio do projeto de extensão “Pare, Pense e Descarte”, criado em 2014, pela Universidade de Brasília (UnB), e a Unidade Básica de Saúde 1 (UBS), da Cidade Estrutural, realizamos atividades de Educação em Saúde, como, visitas domiciliares, atividades educativas em escolas públicas, e abordagens dentro da UBS, buscando criar um ambiente de diálogo e aprendizagem, onde o conhecimento não apenas é transmitido, mas também construído coletivamente com a comunidade.

OBJETIVO

Neste relato, compartilharemos algumas atividades, desenvolvidas no projeto “Pare, Pense e Descarte”, com objetivo de, promover ações de educação em saúde, junto à população da Cidade Estrutural, e da comunidade Santa Luzia, com foco na conscientização, e no fortalecimento de práticas preventivas das arboviroses, e a promoção da saúde ambiental.

METODOLOGIA

O presente relato de experiência, foi construído a partir das ações desenvolvidas pelo projeto de extensão “Pare, Pense e Descarte”, realizadas na Cidade Estrutural, Distrito Federal, entre os anos de 2024 e 2025. As atividades tiveram como objetivo a prevenção e o enfrentamento da dengue, por meio da educação em saúde. As atividades foram realizadas em locais específicos, dentro da Cidade Estrutural, e na comunidade Santa Luzia, sendo visitas domiciliares, na UBS 1 da Estrutural, e visitamos a Escola Classe 02 da Estrutural.

1 Universidade de Brasília. E-mail: aj.saudecoletiva@gmail.com

Nas visitas domiciliares, acompanhamos os agentes comunitários de saúde (ACS), dialogamos diretamente com os moradores, orientando sobre práticas seguras de armazenamento de materiais recicláveis, considerando que a reciclagem é uma importante fonte de renda local. Na Unidade Básica de Saúde 01 da Cidade Estrutural, nosso contato com os usuários é mais breve e informal, realizamos a entrega de panfletos informativos elaborados pelo projeto, contendo orientações sobre os sintomas da dengue, formas de prevenção e cuidados necessários no ambiente domiciliar.

Na Escola Classe 02 da Estrutural, as atividades ocorreram de forma lúdica, utilizando brincadeiras, pinturas, danças e desenhos, para facilitar o aprendizado sobre a dengue, foram abordados o ciclo de vida do mosquito *Aedes aegypti*, os sintomas da doença, e as formas de prevenção, ao final das atividades, as crianças eram promovidas como “Agentes Mirins de Combate à Dengue”, valorizando o papel delas na disseminação das informações junto às suas famílias e comunidade.

RESULTADOS

Essa vivência no projeto, reforça a importância da Educação em saúde como ferramenta para a transformação social, sendo capaz de “propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação, como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade” (1). Com o tempo, percebemos que as pessoas passaram a interagir mais, trazendo dúvidas sobre diversos temas, nem sempre relacionados ao *Aedes aegypti*, quando não temos o conhecimento necessário, procuramos informações para esclarecer. Criando, segundo Buss (2), “laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva”. Essas interações espontâneas criam oportunidades para reforçarmos os cuidados com a dengue e motivarmos a adoção de práticas preventivas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações desenvolvidas na Cidade Estrutural, evidenciam a importância da Educação em Saúde, sendo essencial na prevenção das arboviroses. O envolvimento da comunidade, aliado aos projetos de extensão e profissionais da atenção primária, mostrou-se fundamental para a construção de um ambiente de aprendizado mútuo e fortalecimento do protagonismo da comunidade.

A vivência no projeto, tem sido profundamente enriquecedora, pois permite um contato direto com a comunidade, ouvindo suas necessidades e compreendendo suas realidades. Por fim, agradecemos a oportunidade que a Universidade pode proporcionar, por meio do ensino, pesquisa e extensão, fazendo com que tenhamos um olhar humanitário, a fim de um dia sermos profissionais capazes de promover saúde, empatia e solidariedade.

REFERÊNCIAS

- (1) Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc saúde colet. 2007Mar;12(2):335-42.
- (2) Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1):77-93.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: O IMPACTO ACADEMICO-SOCIAL DO RACISMO AMBIENTAL

Thayssa Vitória Mattos da Silva¹

Beatriz Ferreira da Silva

Isabela Bequer David da Silva

Victor de Andrade Peixoto

Roberta Geórgia Sousa dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O racismo ambiental ainda atinge grande parte das comunidades pelo Brasil, esse conceito refere-se à maneira como as comunidades racializadas são afetadas por questões ambientais adversas como 2poluição, acesso desigual a recursos naturais e degradação ambiental[1] afetando principalmente populações negras, indígenas e quilombolas, pois, segundo o censo demográfico de 2022[2] uma das regiões mais afetadas se encontram nas periferias urbanas das capitais com altas taxas de população preta e parda sem urbanização adequada e com baixíssimo acesso a saneamento básico. Mediante a isso o Projeto de Extensão Quilombo do Cuidar: Saúde, Racismo e Direitos, formulou um Jogo de tabuleiro em conjunto com a atividade da Coleta Seletiva que consiste na coleta diferenciada de resíduos que foram previamente separados segundo a sua constituição ou composição[3] para abordar essa temática de maneira lúdica e facilitada para os visitantes de uma atividade aberta à comunidade de uma Universidade do Rio de Janeiro.

OBJETIVO

Relatar a experiência do projeto Quilombo do Cuidar no evento , ao promover a reflexão dos visitantes acerca da importância do combate ao racismo ambiental através coleta de lixo seletiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, no formato de relato de experiência sobre uma atividade feita com cerca de 47 alunos do ensino fundamental e médio, durante o evento. A ação foi conduzida pelos acadêmicos do projeto, ligado à uma faculdade pública do estado do Rio de Janeiro. A atividade teve dois momentos: um jogo de tabuleiro e uma dinâmica sobre coleta seletiva. Os participantes escolheram entre dois personagens: um morador periférico e outro com condições socioeconômicas melhores. A finalidade era chegar à universidade, avançando no tabuleiro conforme o número sorteado no dado. A cada rodada, pegavam cartas com situações que ajudavam ou dificultavam o trajeto, simulando de forma lúdica as desigualdades sociais e o racismo ambiental como barreiras ao acesso à universidade e outros direitos. Também foram usadas sete lixeiras coloridas

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Email: vtayssa5@gmail.com

de papelão, onde os participantes, em um minuto, deveriam descartar objetos de acordo com o tipo de material. A proposta era testar o conhecimento sobre coleta seletiva e refletir sobre o descarte correto como forma de reduzir o impacto do racismo ambiental.

RESULTADOS

As duas etapas da atividade foram interligadas através da explicação, após o jogo do tabuleiro, sobre a relação do racismo ambiental com as situações simuladas no jogo e qual é a importância da coleta seletiva nesse contexto. A intersecção entre a temática do Racismo ambiental e a educação ambiental mostrou-se eficaz, aproximando a discussão da realidade dos estudantes. A intenção foi incentivá-los a refletir sobre o racismo ambiental e esse problema se manifesta em seu cotidiano, promovendo um olhar crítico sobre essas questões. Na dinâmica de coleta seletiva, os alunos participaram ativamente, revisando o significado das cores das lixeiras e avaliando seus conhecimentos prévios. Muitos reconheceram que não lembravam de todas as cores e a maioria afirmou não conhecer a cor laranja para resíduos perigosos e a cor para madeiras. Além da questão ambiental, a dinâmica também reforçou o trabalho em equipe, já que os estudantes colaboraram coletivamente durante a tarefa.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atividade realizada pelo projeto durante o evento demonstrou-se uma estratégia eficaz para promover a reflexão crítica sobre o racismo ambiental e as desigualdades sociais no acesso à universidade. Através de uma metodologia lúdica e participativa, foi possível engajar estudantes do ensino fundamental e médio em discussões profundas sobre os impactos da desigualdade racial e ambiental em seus cotidianos. O jogo de tabuleiro, aliado à dinâmica da coleta seletiva, proporcionou um espaço de aprendizagem coletiva e conscientização, destacando a importância da educação ambiental como ferramenta de combate ao racismo. A experiência reforça o papel da universidade pública na formação de sujeitos críticos e na promoção de práticas educativas antirracistas, contribuindo para a construção de uma sociedade antirracista e consciente.

REFERÊNCIAS

- [1] Almeida DS. Racismo ambiental e a distribuição racialmente desigual dos danos ambientais no Brasil [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito; 2023.
- [2] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022>
- [3] Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Reciclagem e reaproveitamento. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente. Disponível em: <https://antigo.mma.gov.br/cidades-sustentaveis/residuos-solidos/catadores-de-materiais-reciclaveis/reciclagem-e-reaproveitamento.html>

REMA MARÉ-UM ESPAÇO DE DIÁLOGO SOBRE SAÚDE MENTAL NO CONJUNTO DE FAVELAS DA MARÉ

Fernanda Vieira Alves de Andrade¹

Luna Escorel Arouca

Bruna Vanessa Dantas Ribeiro

Mariana Steffen

Paul Heritage

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma questão global agravada por desigualdades socioeconômicas, como aponta a OMS(1). Pessoas mais pobres correm maior risco e têm menos acesso a cuidados adequados em saúde mental. No Brasil, apesar dos avanços após a reforma psiquiátrica, persistem desafios que exigem políticas públicas eficazes, sobretudo em contextos vulnerabilizados. A Redes da Maré, ONG que atua nas 15 favelas da Maré, desenvolve projetos para garantir direitos, incluindo ações em saúde mental. A instituição acolhe vítimas de violência e, com equipe multidisciplinar, atende demandas dos moradores com um olhar psicossocial integrado.

Em 2019, em parceria com o People's Palace Projects, realizou a pesquisa *Construindo Pontes*(2) sobre o impacto da violência na saúde mental local. Como desdobramento, em 2021, lançou a Semana de Saúde Mental da Maré, Rema Maré, um evento gratuito que promove debates com moradores, profissionais do SUS, organizações sociais, pesquisadores e estudantes. Em 2024, chegou à terceira edição.

OBJETIVO

Este relato de experiência tem como objetivo analisar e avaliar a coprodução da Semana de Saúde Mental da Maré enquanto um evento não governamental aberto e gratuito de promoção do debate sobre a saúde mental em um território de favela. Compartilhar essa experiência é uma forma de fomentar e inspirar formatos diversos de debate na cidade.

METODOLOGIA

O Rema Maré é um evento desenvolvido através da coprodução entre Redes da Maré, People's Palace Projects e atores comunitários. O evento é construído em diálogo com usuários, profissionais de diversas instituições que realizam atendimento no território, e com os trabalhadores da Redes da Maré. No diálogo com esses usuários e profissionais são feitos os levantamentos de possíveis atividades, convidados e homenageados. Com isso, o Rema Maré além de promover a aproximação da população com o tema da Saúde Mental é construído coletivamente a partir da realidade vivida pelos moradores e profissionais do território.

1 E-mail: fernandaandrade@redesdamare.org.br

As atividades das três edições do evento ocorreram em espaços diversos da Maré, mas tendo o Espaço Normal, equipamento de Referência Sobre Drogas na Maré, como local primordial de discussão, incorporando os usuários do serviço nos espaços de reflexão. O envolvimento dos frequentadores é fundamental para que o evento mantenha seu caráter de defesa da democracia e da participação social da saúde.

RESULTADOS

A primeira Semana de Saúde Mental teve como base a discussão dos resultados da pesquisa “Construindo Pontes”, que identificou os desafios e recursos dos moradores da Maré no enfrentamento de problemas de saúde mental. Em 2021, com o fim da pesquisa, e com o intuito da promoção dos resultados ocorreu a primeira edição do evento, ainda restrita pela pandemia de COVID-19, com algumas atividades limitadas e destaque para a criação e apresentação do podcast e performance do BECOS. O intuito do evento desde sua primeira edição é trazer a temática de saúde mental com atividades de arte, e cultura, fomentando artistas locais bem como aproximando a população do tema de maneira diversa.

A segunda edição foi realizada em novembro de 2022 e dedicada ao legado da Dra. Nise da Silveira e de D. Ivone Lara, figuras chave na crítica à psiquiatria manicomial brasileira. O evento, realizado durante quatro dias, contou cinco rodas de conversa e nove oficinas abertas ao público espalhados por diferentes locais na Maré, com a participação de mais de 230 pessoas. Todas as oficinas e rodas de conversa foram propostas e conduzidas por grupos selecionados por meio de um edital aberto.

Em 2024, a terceira edição teve como tema o protagonismo dos usuários de saúde mental e homenageou Lima Barreto, escritor negro carioca, que utilizou da sua arte para denunciar suas experiências de internação psiquiátrica, deixando um legado sobre o tema. Para mobilizar o público foram realizados pré eventos e contratados mobilizadores para divulgação no território. O evento principal foi realizado em um único dia, e contou com diversas atividades. A soma de todos esses encontros contabilizou a participação de 234 pessoas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os sofrimentos mentais são intensificados por diversos determinantes sociais, especialmente em territórios vulnerabilizados. A Maré, apesar de sua localização central e dos avanços conquistados pela sociedade civil, ainda apresenta um dos piores índices de desenvolvimento humano do Rio de Janeiro, refletindo profundas desigualdades urbanas (3).

A Maré carece de serviços adequados de saúde mental, de espaços para o diálogo sobre o tema e de uma maior oferta de espaços voltados à arte e à cultura, fatores essenciais que impactam diretamente a saúde da comunidade. Nesse contexto, o evento busca ampliar o acesso à informação, promovendo debates com a comunidade com um formato plural e inclusivo. O Rema Maré reúne

diferentes perspectivas e vivências artísticas e de promoção de diálogo. Assim, contribui para que o território esteja mais informado sobre violações de direitos e formas de acesso a eles, fortalecendo a participação social e a cidadania.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Mundial da Saúde. Saúde mental. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-ental#:~:text=A%20depress%C3%A3o%20continua%20a%20ocupar,dinheiro%20vai%20para%20hospitais%20psiqui%C3%A1tricos>. Acesso em: 18 mar. 2025.
- (2) Sousa Silva E, Heritage P, organizadores. Três estudos Interdisciplinares sobre saúde mental e bem-estar no contexto de violência armada nas favelas da Maré. Rio de Janeiro: People's Palace Projects do Brasil; 2021. 4 v.
- (3) Rio de Janeiro (Município). O índice do desenvolvimento humano (IDH) na cidade do Rio de Janeiro. Coleção Estudos da Cidade, 2003. Disponível em: <https://www.data.rio/documents/PCRj::o-%C3%ADndice-do-desenvolvimento-humano-idh-no-munic%C3%ADpio-do-rio-de-janeiro-dezembro-2003/explore>. Acesso em: 18 mar. 2025.

REORIENTANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DA RAPS RJ: O CENSO PSICOSSOCIAL COMO INSTRUMENTO DE FORMAÇÃO E PRÁTICA ANTIRRACISTA E ANTIMANICOMIAL

Lucas Moura Santos Silva¹

Erika Rodrigues Silva

Bruno Lopes Lima

Esteffanie Machado da Silva Alves

Rachel Gouveia Passos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Censo Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do estado do Rio de Janeiro é uma parceria entre o Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidades da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SAPV/SES-RJ). Tendo a educação popular como ferramenta de formação e intervenção junto à comunidade, promovemos debates e ações junto aos trabalhadores da RAPS do Estado do Rio de Janeiro sobre luta antimanicomial no contexto brasileiro e o imbricamento entre saúde mental, raça, classe, gênero e demais marcadores. A proposta surge a partir da ausência à nível estadual e nacional de dados sobre o perfil da população acompanhada nos dispositivos substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tendo por base o censo realizado nos hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo em 2008 (1), e suas evidências de maior número de internações e “internações sociais”—que não possuíam condições sócio-econômicos para a desinstitucionalização—de pessoas negras (pretas e pardas). Assim, nos voltamos a identificar o perfil da população acompanhada nos Centros de Atenção Psicossocial do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2022 e 2023. A pesquisa recebe financiamento da CAPES, FAPERJ, CNPq.

OBJETIVO

Promover espaços de reflexão e troca sobre o processo de trabalho, com base em práticas antimanicomiais; identificar e fomentar a incorporação dos marcadores sociais no cotidiano dos serviços como ferramenta de análise crítica e construção compartilhada do cuidado; promover escuta, formação crítica e intercâmbio entre profissionais e gestores; e subsidiar a SES-RJ na construção de diretrizes e políticas públicas coerentes com as realidades e demandas locais.

METODOLOGIA

As ações de formação foram organizadas em modelos de oficinas onde, após aplicação do Termo de Consentimento e preenchimento do Instrumento I, que corresponde ao perfil dos profissionais,

realizamos uma dinâmica com imagens previamente selecionadas de reportagens, casos emblemáticos que abordassem os marcadores sociais. Após ouvir as impressões dos profissionais sobre os diferentes cenários apresentados, realizamos uma conversa sobre interseccionalidade, as políticas de equidade no SUS, as políticas transversais como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra(2) e intersetorialidade, sempre trabalhando o cotidiano dos profissionais. Buscando racializar a história da loucura e da própria Reforma Psiquiátrica, nos orientamos pelo método materialista de apreensão do real e da interseccionalidade³ como ferramenta de análise-intervenção, problematizando em conjunto sobre os fatores de formação sócio-histórico dos territórios e o adoecimento psíquico, através dos marcadores para pensar a produção de cuidado antimanicomial e antirracista. Ainda, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFRJ (CFCH-UFRJ) e pela SES-RJ.

RESULTADOS

Com a realização de 17 Oficinas de Sensibilização voltadas aos profissionais da RAPS das 9 regiões de saúde do ERJ, conseguimos atingir um total aproximado de 500 profissionais de diferentes esferas, da ponta à gestão. A partir deste espaço, orientado pela educação popular, produzimos inquietações e reflexões dos profissionais, principalmente no que tange a pensar em conjunto sobre a responsabilidade que a Atenção Psicossocial tem com a promoção do acolhimento e do cuidado em liberdade. Após as oficinas, durante os espaços institucionais e deliberativos da RAPS tivemos retorno das regiões que relataram sobre o reordenamento das fichas de acolhimento, com base nos debates fomentados por meio das oficinas, supervisões e diálogos, além do desejo por mais espaços de educação permanente, com ênfase na formação em saúde mental. Além da adesão das 9 regiões à proposta do censo, conseguimos promover o entendimento coletivo de que os marcadores sociais são cruciais para o cuidado em saúde mental. Durante o acompanhamento da segunda etapa, participamos de reuniões de equipe dos serviços para debater a temática em conjunto com os profissionais sobre os marcadores; fomentamos a implantação do quesito raça/cor nas fichas e prontuários e propusemos estratégias possíveis de cuidado clínico. Além disso, realizamos espaços com gestores de diferentes serviços dentro dos municípios para debater os marcadores sociais e promover o intercâmbio de experiências — o que não acontecia anteriormente —, bem como a produção de espaços de aquilombamento e trocas de saberes e práticas nos serviços. As oficinas foram esse espaço de intercâmbio regional de experiências e potencialidades, o qual foi potencializado após sua finalização.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As Oficinas promoveram um espaço pedagógico e aberto para o diálogo entre pesquisadores e profissionais da RAPS, materializando o pioneirismo desta ação. Buscando a transformação social, abarcando a produção de cuidado nos serviços, implicando os profissionais do cuidado no debate sobre os marcadores. Apresentando uma nova orientação clínica pautada nos marcadores, as lógicas de pensamento e trabalho das equipes se modificam, bem como suas maneiras de Ser e Estar profissional,

se sensibilizam à medida em que o cuidado dos usuários também se faz mais sensível. Os relatos trazidos apontam para um inicial, profundo e delicado processo de mudanças institucionais, desde a burocracia, como a elaboração de novas fichas de acolhimento (incluindo indicadores de gênero, raça e sexualidade), até na produção, reprodução e gestão do cuidado em saúde mental. cremos que há caminho potente, no qual essa pesquisa-extensão busca novos rumos para o campo da Atenção Psicossocial, produzindo brechas. Reorientando o Cuidado em Saúde Mental da RAPS RJ: O Censo Psicossocial como instrumento de formação e práticas antirracista e antimanicomiais;

REFERÊNCIAS

- (1) Barros S, Batista LE, Dellosi ME, Escuder MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde E Soc.* dezembro de 2014;23:1235–47.
- (2) Brasil. Portaria no 992 de 13 de Maio de 2009 [Internet]. 992 de 13 de Maio de 2009 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
- (3) Collins PH, Bilge S, Souza R, Bueno W. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo Editorial; 2021.

RODA DE CONVERSA EM GRUPO DE AJUDA MÚTUA: REFLEXÕES E COMPARTILHAMENTOS

Maria Gabrielle Nascimento Freitas¹

Maria Paula de Medeiros Coutinho

Marcela Aparecida Alvarez Ferraz

Késsia Giovanna Bresques Azarias

Carlos Eduardo Carvalho do Prado

Ana Beatriz Sampaio de Souza

Gabrielly Mariane Martins Ribeiro

Izabela Maria Peresini de Godoi

Dinoélly Rita Maria Paiva

Ana Lúcia De Grandi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os grupos de ajuda mútua desempenham um papel fundamental no apoio a indivíduos que enfrentam desafios relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A troca de experiências e o suporte emocional proporcionados nestes encontros fortalecem a rede de apoio dos participantes, promovendo a escuta ativa e o sentimento de pertencimento. A psicoeducação é uma ferramenta essencial nesse contexto, pois possibilita maior compreensão sobre os desafios enfrentados e estratégias para lidar com eles⁽¹⁾.

A roda de conversa constitui uma estratégia dialógica fundamental em grupos de ajuda mútua, promovendo um espaço de acolhimento, troca de experiências e construção coletiva do conhecimento. Essa abordagem favorece a escuta ativa e a expressão de vivências individuais, criando um ambiente de confiança. No contexto de usuários de substâncias psicoativas, a roda de conversa assume um papel ainda mais relevante, pois possibilita a ressignificação de trajetórias, o fortalecimento dos vínculos interpessoais e a mobilização de estratégias de enfrentamento⁽²⁾.

OBJETIVO

Relatar a experiência da realização de uma roda de conversa em um grupo de ajuda mútua para usuários de substâncias psicoativas, destacando sua relevância na promoção da reflexão crítica e no compartilhamento de vivências.

METODOLOGIA

Este relato de experiência descreve a vivência de alunos do curso de graduação em Enfermagem durante atividades de um projeto de extensão. Mensalmente, um grupo de alunos do projeto denominado

1 E-mail: mariagabriellefreitas@gmail.com

“Atividades de Psicoeducação para Usuários de Substâncias Psicoativas” realiza ações fundamentadas na psicoeducação em um grupo de ajuda mútua, formado por homens com idades entre 40 e 70 anos, que estão abstinentes. A ação aconteceu no dia de encontro do próprio grupo, a fim de não interferir em sua rotina. A atividade foi realizada presencialmente, com duração de 40 minutos. Utilizou-se um jogo de perguntas, no qual os participantes respondiam questões sobre desafios enfrentados, inspirações, sonhos e estratégias para lidar com dificuldades. As perguntas foram sorteadas aleatoriamente e cada participante teve a oportunidade de responder de acordo com seu conforto e disponibilidade.

A metodologia adotada priorizou o diálogo, criando um espaço de apoio mútuo e incentivando a reflexão crítica. A psicoeducação foi integrada ao processo como técnica de intervenção, ampliando a compreensão sobre os impactos do uso de substâncias psicoativas e fortalecendo estratégias de autocuidado.

RESULTADOS

A roda de conversa gerou grande participação e envolvimento dos participantes, que se sentiram à vontade para compartilhar experiências, relatar desafios superados e expressar gratidão pelo espaço de escuta ativa e acolhimento. Observou-se que o formato interativo facilitou a comunicação aberta, impactando positivamente no fortalecimento dos laços entre os membros do grupo e criando um ambiente de confiança mútua. Esse ambiente colaborativo valorizou as histórias individuais, permitindo que os participantes se reconhecessem nas experiências dos outros, o que contribuiu para a construção de uma rede de apoio sólida e enriquecedora⁽¹⁾.

A inclusão da psicoeducação ocorreu por meio da mediação das discussões e da construção coletiva do conhecimento, possibilitando aos participantes refletirem sobre suas trajetórias de vida e reconhecerem a importância do grupo como espaço de suporte e crescimento. Esse processo incentivou a análise crítica das escolhas pessoais, promovendo o autoconhecimento e a compreensão dos processos coletivos de recuperação. Esse processo reflexivo consolidou a roda de conversa como um ponto de transformação e empoderamento, indo além de um simples espaço de escuta⁽²⁾.

Além disso, a atividade possibilitou a identificação de temas relevantes para futuras rodas de conversa, proporcionando uma oportunidade contínua de aprofundamento das reflexões sobre questões do grupo. Como impacto direto, os participantes relataram sentir-se mais motivados e com novas perspectivas sobre suas vidas⁽³⁾.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A roda de conversa demonstrou ser uma ferramenta eficaz para promover a reflexão, o suporte emocional e o aprendizado coletivo. A interação e a participação ativa, foram elementos determinantes para o êxito da atividade. A integração da psicoeducação como um dos pilares da abordagem facilitou uma compreensão aprofundada dos desafios enfrentados pelos participantes, ao mesmo tempo em que enfatizou a relevância do autocuidado e do suporte social.

O formato adotado favoreceu a troca de experiências de maneira espontânea e acolhedora, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos entre os integrantes. Como recomendação, propõe-se a continuidade de encontros similares, bem como a inclusão de novas metodologias participativas, com o intuito de ampliar o engajamento e aprofundar os temas pertinentes ao contexto do grupo.

REFERÊNCIAS

- (1) Alves RA, et al. Roda de conversa como recurso terapêutico em saúde mental dentro de um centro de reabilitação. Anais de Eventos Científicos CEJAM. 2023;1.
- (2) Foes VFL, Ferreira LZ, Paludo SS. Caindo na real: relato de uma experiência de psicoeducação no tratamento da dependência química. Rev Saúde Desenvol Hum. 2015;3(1):61-70.
- (3) Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Junior HS, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu). 2019;23:e170627.

RODA DE SAÚDE MENTAL E ATIVIDADES ARTÍSTICAS DURANTE A OCUPAÇÃO NA UERJ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Igor Porfírio da Silva Costa¹

Eliane Oliveira de Andrade Paquiela

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Apresentação/Introdução

Durante o período de 14 de agosto a 17 de setembro, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) foi ocupada por estudantes que reivindicavam melhorias nas condições de permanência estudantil. A ocupação marcou um ato de resistência e luta, mas também trouxe desafios e sofrimentos que exigiram estratégias coletivas de enfrentamento pela comunidade acadêmica. Nesse contexto, estudantes de diversos cursos da UERJ realizaram atividades coletivas, criando espaços de acolhimento para partilha de sentimentos e experiências. Destacaram-se a roda de conversa sobre saúde mental e as atividades artísticas, que facilitaram a expressão de emoções diante da crise vivida. A arte, forma singular de expressão, é especialmente relevante em tempos de instabilidade, pois rompe padrões e inaugura novas formas de ver, sentir e pensar¹. Funciona como campo de experimentação sensível, permitindo ao indivíduo dar forma ao que ainda não tem nome, mas é profundamente vivido. Este relato descreve as atividades realizadas na ocupação, sua execução e impactos, ressaltando a importância do cuidado nos movimentos estudantis.

OBJETIVO

Relatar a experiência de produção de cuidado coletivo em saúde mental de estudantes durante a ocupação na UERJ, permitindo a construção de espaços de compartilhamentos não apenas de sentimentos, mas como também estratégias de enfrentamento dos sofrimentos a partir de rodas de conversas e atividades artísticas.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência com estudantes de graduação de diversos cursos de uma universidade pública do Rio de Janeiro, durante a ocupação estudantil. A experiência ocorreu em dois encontros dentro da instituição, permitindo que os estudantes compartilhassem vivências sobre como a ocupação afetava sua saúde mental. Os encontros foram conduzidos por convidados externos e estudantes organizadores, utilizando metodologias de escuta ativa, validação emocional e momentos afetuosos. As conversas foram abertas e respeitosas, considerando a vulnerabilidade dos participantes. Após o diálogo, realizou-se uma atividade artística, possibilitando aos estudantes expressarem sentimentos por meio de desenhos, pinturas, escritos e poesias. A arte funcionou como meio não verbal de expressão, ajudando os participantes a processarem experiências de forma criativa². Essa abordagem

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: falatuporfirio@outlook.com

favoreceu a elaboração de emoções e promoveu alívio e pertencimento, revelando-se essencial para expressar angústias e esperanças na roda de saúde mental da UERJ.

RESULTADOS

A roda de saúde mental teve uma adesão significativa, evidenciando a demanda por espaços de acolhimento no contexto da ocupação. Foram relatados sentimentos de ansiedade, medo e cansaço, mas também de pertencimento, luta e solidariedade. Muitos participantes destacaram a importância de compartilhar vivências e ouvir as experiências de outros estudantes, promovendo um senso de coletividade e apoio mútuo. Além disso, a atividade artística permitiu que os estudantes se expressassem de maneira não verbal, facilitando a comunicação de emoções complexas. No feedback das ações, percebemos que os participantes relataram uma diminuição na percepção de pensamentos causadores de estresse durante as atividades. Eles também mencionaram sentir-se melhores ao externalizar seus sentimentos. Algumas produções refletiam sentimentos de incerteza e luta, enquanto outras transmitiam esperança e resistência. Os relatos apontaram que a experiência foi um momento de alívio e fortalecimento da comunidade estudantil. Ao final, vários participantes expressaram o desejo de que iniciativas semelhantes fossem realizadas regularmente, mesmo após o término da ocupação. A experiência demonstrou que ações de cuidado coletivo são fundamentais em contextos de mobilização social, pois ajudam a preservar e a promover a saúde mental dos envolvidos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo relatou a experiência de estudantes durante a ocupação na UERJ, integrando a arte como forma de expressão e resignificação das vivências. As atividades promoveram escuta ativa, fortalecimento coletivo e construção de redes de apoio e autocuidado. A roda de saúde mental e as atividades artísticas reforçaram a importância do debate sobre saúde emocional nos movimentos estudantis e no ensino superior. O evento criou um espaço de acolhimento, fortalecendo laços e promovendo estratégias de cuidado coletivo. A combinação entre diálogo e arte facilitou a expressão de sentimentos e destacou a relevância de abordagens integrativas no apoio emocional. A experiência demonstrou que, em momentos de crise, espaços de escuta e criação são essenciais para promover saúde mental. Recomendou-se a continuidade das atividades nas unidades da UERJ, estimulando o debate permanente sobre saúde mental e ampliando a visibilidade de estudantes que enfrentam sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- (1) Deleuze, G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
- (2) Rufato, G. A Arteterapia e suas contribuições para a qualidade de vida das pessoas. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*. 2021;15(4):9-28.

SABEDORIA E CULTURA DAS GRIÔS QUILOMBOLAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ariane Silva Carvalho¹

Rita de Cassia Duarte Lima

Heloisa Ivone da Silva de Carvalho

Maria Angélica Carvalho Andrade

Florival Costa Junior

Jéssica Hilário de Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato é uma produção coletiva, resultante da caminhada de uma pesquisa de mestrado protagonizada por uma mulher preta, bisneta de quilombolas que propõe ecoar sua voz, tendo uma escrita forjada nos processos de lutas, dores, conquistas e alegrias na vida. Nesse sentido, através de sua herança ancestral e cultural se propõe escrever com mulheres negras em um movimento político de resistência e de rompimento do silenciamento histórico que persiste nos dias atuais. Relatar/compartilhar a singular experiência vivenciada, é uma aposta ético-política que potencializa mulheres negras quilombolas, considerando que desde o período colonial desenvolveram várias estratégias de saúde e cuidado de si e dos seus. A pesquisa tem como foco principal as narrativas, escutas e escritas conectadas, tessituras de redes de saúde e cuidado construídas e vividas diariamente na Comunidade Qulimbola de Linharinho.(1)

OBJETIVO

Investigar os sentidos da saúde e cuidado e o processo de resistência da Comunidade Quilombola Linharinho, por meio de valorização das narrativas contadas pelas mulheres negras quilombolas que vivenciam diariamente esse contexto, através do diálogo com as moradoras da referida comunidade, assim como seu legado histórico, fazendo uma analogia entre as memórias do passado e a história sobre suas ancestrais, e o tempo presente da comunidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, a qual se realizou através de rodas de conversas, pisar em uma comunidade quilombola e vivenciar experiências narradas por quem de fato viveu é algo que extrapola um texto acadêmico padronizado, nenhum conceito conseguiria traduzir as singularidades das vozes, os sons, os cheiros característicos da comunidade, as expressões na pele preta, muito menos o caminho das lágrimas que marcaram os rostos das mulheres negras no percurso da pesquisa.

¹ Departamento de Saúde Coletiva (DESCOL), Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva (EENFSC) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: roberta_fdacosta@yahoo.com.br

Utilizamos rodas de conversas, buscando propiciar as mulheres quilombolas um ambiente acolhedor, aberto, para compartilhamento de suas vidas, suas memórias e saberes.(4,5)

Decorrente da visita de campo a comunidade quilombola do Linharinho localizada em Conceição da Barra (ES). “Terra é povoada, mas também sou terra. A gente também é terra de povoar (2). O conhecimento não necessariamente precisa ser escrito, posto que múltiplas são as formas de produção de saberes que as mulheres negras constroem e reconstróem, historicamente a Oralidade é a metodologia que conseguiu transmitir a história do povo negro e sobreviver a tentativa de silenciamento e apagamento. Mesmo após séculos da escravização da população negra é a oralidade que nos mantém conectadas as nossas ancestralidades e é o elo de comunicação entre nós nos círculos de mulheres.

RESULTADOS

O processo de construção da experiência começa com a chegada na comunidade pelos caminhos de afetos ancestrais, sendo construído com uma escuta delicada, lançando-se para dentro e para fora, fazendo perguntas, participando das conversas, e sentindo a terra, o ambiente, o cheiro e as energias. Ainda nos tempos atuais as mulheres quilombolas atuam como benzedeiros em um ambiente que inspira quietude, reflexão e inspiração religiosa.

Nas relações de saúde e cuidado predomina os chás, rezas, plantas e apenas em último caso elas procuram atendimento médico, os profissionais da saúde têm consciência das relações que as moradoras da comunidade quilombola estabelece com as plantas, principalmente quando sentem dor ou desconforto. (6)

Antes da pandemia ocorria visita de profissionais de saúde na comunidade com frequência, inclusive para realização de exames na própria comunidade, atualização de receitas, análise de exames. Entretanto as mulheres relataram a dificuldade de transporte que vá a unidade de saúde, que impacta inclusive o horário de pegar fichas na unidade de saúde, que muitas vezes perdem a oportunidade de agendar uma consulta que mesmo que expliquem, a atendente não abre exceções. (3)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As comunidades negras quilombolas, mantidas por suas tradições e histórias, buscando a garantia de seus direitos frente ao Estado brasileiro muitas vezes ausente, a partir de ausência de produções com essa temática. Por outro lado, o papel da saúde coletiva que provoca a nossa responsabilidade nesse processo não tem recebido atenção necessária nas discussões sobre saúde e cuidado dessas comunidades.

Torna-se necessário assim, o maior investimento do Estado para a implementação de políticas públicas de saúde, mais efetivas, sobretudo para atender as reais necessidades das mulheres negras quilombolas, sendo necessário conhecer a história, memória, saberes do quilombo as manifestações religiosas, econômicas e a relação da comunidade com a terra para de fato criar políticas públicas que visem o fortalecimento da saúde e cuidado na comunidade quilombola.

REFERÊNCIAS

- (1) Carvalho HIS. Práticas Corporais nas Comunidades Quilombolas: Significados das Manifestações Culturais na Escola de Monte Alegre [dissertação]. Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.
- (2) SUED NUNES. Povoadas. Recôncavo Baiano: Mugunzá Records, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dIFzUVxAb8c>.
- (3) Nascimento B. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. *In*: Ratts A, editor. Eu sou Atlântica sobre a trajetória da vida de Beatriz Nascimento. São Paulo: Imprensa Oficial/Kuanza; 2016. p.117-121.
- (4) Evaristo C. A escrivência também para as pessoas pensarem. Itaú Social; 2020.
- (5) Souza NS. Tornar-se negro: Ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Zahar; 2021.
- (6) Cultivo e uso de plantas medicinais em comunidades quilombolas. Disponível em: <https://proceedings.science/cied/papers/cultivo-e-uso-de-plantas-medicinais-emcomunidades-quilombolas>.

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA TLALTENANGO, ZACATECAS, MÉXICO

Teresita de Jesús Arteaga Pérez¹

Rosibel Rodríguez Bolaños

Anabel Rojas Carmona

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una experiencia trascendentes para muchas mujeres, quienes enfrentan a diversos cambios fisiológicos, psicológicos, sociales, que puede generar vulnerabilidad y riesgos antes, durante y después del parto, afectando su salud psico-física de la madre y del producto por nacer (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como el equilibrio entre la persona y su entorno (2) y estima que 1 de cada 4 personas adquirirá un trastorno mental en algún momento de su vida, y de ellas entre 35% y 50% no recibirá ningún tratamiento, o si lo recibe, este no será el adecuado. Se reporta que un 10% de las mujeres presentan depresión y ansiedad en el posparto, y un 6% padece estrés postraumático derivado del parto (2).

En México, las políticas públicas en salud materna buscan reducir la morbilidad materna y perinatal (3), indicador del desarrollo y equidad de un país. Sin embargo, la salud mental influye en el curso del embarazo, el cuidado del recién nacido y su entorno. Además, 30% de la población tiene trastornos mentales, y entre el 22% y 37% de las embarazadas presentan depresión (3), lo que impacta su capacidad para afrontar las demandas de la maternidad.

OBJETIVO

Analizar la salud mental y factores asociados en mujeres embarazadas en la Jurisdicción Sanitaria VI. Tlaltenango, Zacatecas, México, durante el período de enero a julio 2023.

METODOLOGÍA

Estudio transversal y exploratorio con 209 embarazadas en unidades de salud. Se aplicaron cuestionarios sobre variables sociodemográficas, antecedentes ginecobstétricos, autoevaluación prenatal (PSQ), Escala de Depresión de Edimburgo (EDE), Escala de Ansiedad Generalizada-2 (GAD-2) y detección de violencia intrafamiliar.

Se realizó un análisis bivariado utilizando dos variables dependientes: depresión y ansiedad. Para la comparación entre variables se empleó una tabla cuatro por cuatro, y la prueba de Chi² de Pearson.

Se implementó medidas de asociación (razón de momios “RM”) con intervalo de confianza (IC) del 95% para los distintos factores de riesgo. Se usaron modelos de regresión logística para evaluar

1 Secretaría de Salud del Estado de Zacatecas, México.tettearteagaperez@gmail.com

factores asociados a depresión y ansiedad, incluyendo variables de ajuste ($p<0.05$). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del INSP.

RESULTADOS

Se obtuvo información de 209 mujeres gestantes que acudieron a 15 de 24 unidades de salud. Rango de edad entre 18 a 43 años y 60.3% entre los 22 a 35 años. El 9.1% se encontraba soltera, 45.5% casada, 44.5% en unión libre y 1% eran viudas. 4.3% eran analfabetas y 44.5% con educación secundaria. 79.4% eran amas de casa y 15.3% empleadas. El 32.0% cursaba su primer embarazo y 20.1% era su tercer o más embarazo. 2.4% tenía hipertensión arterial, 6.2% diabetes y 13.9% obesidad. En el embarazo actual, 38.8% con infección de vías urinarias, 19.1% amenaza de aborto, 6.2% preeclampsia y 5.3% diabetes gestacional. Entre sus redes sociales de apoyo, el 56.5% contaba con su pareja y 25.4% con alguno de su padre/madre.

El 14.4% presentó depresión, 13.4% ansiedad y 32.1% ambos trastornos ($p<0.01$). Un 8.1% tuvo ideación suicida y 10.5% reportó violencia. De las mujeres que refirieron ser víctimas de violencia, 54.5% refieren violencia psicológica, 9.1% física y 9.1% sexual, esta última fue por parte de su pareja. Se observó que una mala comunicación con la pareja, estar preparada para el parto, preocupación de lo que pueda pasar en el parto, problemas con el bebé son factores que influían en problemas de salud mental como la depresión y ansiedad.

Los factores asociados a depresión fueron complicaciones en el embarazo RMA (Razón de Momios Ajustado)=3.46 IC 95% [1.03-11.61]) y violencia de pareja (RMA=3.23 IC 95% [1.02-10.18]). Para ansiedad fueron complicaciones en embarazo actual (RMA=3.24 IC 95% [1.02-10.20]) y violencia de pareja (RMA=6.15 IC 95% [2.05-18.47]).

CONSIDERACIONES

La salud mental debe ser parte de la atención en salud de la mujer embarazada, ya que no solo repercutirá en la paciente gestante, sino también en su futuro hijo o hija, al tener un impacto directo en el entorno social y familiar, por lo que realizar un diagnóstico, una referencia y un tratamiento oportuno, no solo cambiará la vida de una paciente sino de todo un entorno social.

Dentro de los factores asociados tanto para depresión y ansiedad se destaca la violencia familiar, encontrándose no solamente en mayor porcentaje en pacientes víctimas de violencia, sino teniendo resultados significativos, por lo cual es importante buscar acciones no solamente para la detección oportuna de estos problemas de salud mental, sino en tamizaje de las mujeres en cuanto a violencia familiar y de género y evitar llegar a los efectos adversos de ello, y poder disminuir las enfermedades que ocasiona la exposición a la violencia, incluidos los trastornos de salud mental.

REFERENCIAS

- (1) Rojas Criollo SM, Puerto Méndez AC, Samia Castillo KJ, Quiroga Amado JA. Situación de vulnerabilidad de la mujer gestante relacionada con la amenaza de parto pretérmino en tiempos de pandemia. *Matronas hoy*. 2020;8(3);43-52.
- (2) Organización Panamericana de la Salud, Salud Mental, guía del promotor comunitario Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia_promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20define%20salud%20mental,una%20contribuci%C3%B3n%20a%20su%20comunidad%E2%80%9D.](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia_promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20define%20salud%20mental,una%20contribuci%C3%B3n%20a%20su%20comunidad%E2%80%9D.)
- (3) Lara M, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Ment*. 2012;35(1):57-62.

SALUD MENTAL, ADICCIONES Y VIOLENCIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO REGIONAL DE EDUCACIÓN NORMAL CD GUZMÁN, JALISCO, MÉXICO

Evangelina Díaz Andrade¹

Rosibel Rodríguez Bolaños

Paula Ramírez Palacios

Katia Gallegos Carrillo

Laura Elena Aragón Hope

INTRODUCCIÓN

La salud mental, además de ser un derecho humano, está ligada a la vida de las personas en sus pensamientos, emociones y acciones. Es clave para la toma de decisiones, el desarrollo personal, la construcción de relaciones, y el bienestar comunitario y social. Al igual que la salud física, una buena salud mental permite afrontar el estrés, reconocer habilidades, aprender, trabajar y aportar a la sociedad. Cuando se ve afectada y no hay acceso a apoyo adecuado, se altera el bienestar general, impactando emociones, comportamientos, salud física, relaciones, educación y medios de vida.¹ En la adolescencia, etapa en la que se adoptan conductas de riesgo y de protección, influyen tanto el entorno social como factores individuales que fortalecen la salud mental, como el autocontrol, la actitud prosocial, la autonomía y la satisfacción personal. Comprender la salud mental en adolescentes desde la salud pública permite diseñar estrategias de intervención y atención que reduzcan riesgos y fomenten un desarrollo pleno. Además, promueve acciones de cuidado que consideren no solo al individuo, sino también su contexto social y escolar.

OBJETIVO

Determinar las prevalencias de salud mental positiva, depresión, ansiedad, actividad física, adicciones y violencia en estudiantes del Centro Regional de Educación Normal (CREN) de Cd Guzmán, Jalisco, México.

METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo realizado entre noviembre y diciembre de 2023 mediante cuestionario en línea (Google Forms). Variables: Violencia interpersonal (violencia física, psicológica, digital, sexual y negligencia en los últimos 12 meses; Sí/No). Consumo de sustancias: tabaco (alguna vez, actual, cigarro electrónico), alcohol (alguna vez, actual, consumo excesivo), marihuana y cocaína (alguna vez, últimos 12 meses; Sí/No). Estilos de vida: calidad del sueño, actividad física, alimentación saludable, recreación, vida afectiva (Sí/No). Salud mental positiva (6 dimensiones: satisfacción personal, autonomía, actitud

¹ Universidad de Guadalajara. E-mail: evadiaz1971@hotmail.com

prosocial, resolución de problemas, autocontrol, relaciones interpersonales; Alta, Media/Alta, Media/Baja, Baja). Depresión: Escala de Beck2 (Leve/Moderada/Severa). Ansiedad: GAD-23 (Con/Sin ansiedad). Sociodemográficas: sexo, orientación sexual, estado civil, empleo, grado escolar, afluencia familiar⁴. Análisis descriptivo de frecuencias simples y relativas con software STATA v.15.

RESULTADOS

Se encuestó a 538 personas de 18 a 25 años (80.7% mujeres, 19.3% hombres). El 58.0% presentó Salud Mental Positiva Alta (55.8% mujeres, 67.3% hombres); 41.0% Media (43.1% mujeres, 32.7% hombres) y 1.0% Baja (1.1% mujeres, 0.0% hombres). La salud mental positiva incluye: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y habilidades relacionales. En estilos de vida, 31.4% está satisfecho con su sueño (30.6% mujeres, 34.6% hombres); 44.1% realiza ejercicio (39.4% mujeres, 63.5% hombres); 58.0% considera saludable su alimentación (56.9% mujeres, 62.5% hombres); 17.5% participa en actividades recreativas (14.5% mujeres, 29.8% hombres) y 75.7% está satisfecho con su vida afectiva. En violencias, 22.9% reportó violencia física, 46.5% psicológica, 6.0% sexual, 33.5% abandono, 16.0% violencia digital y 7.3% autoviolencia. El 89.2% ha sufrido algún tipo de violencia (88.0% mujeres, 94.2% hombres). En consumo de sustancias, 34.8% probó tabaco de combustión (31.6% mujeres, 48.1% hombres) y 10.6% fuma actualmente (7.8% mujeres, 22.1% hombres). El 52.2% probó cigarro electrónico (51.8% mujeres, 53.9% hombres), y 15.4% lo usa actualmente (13.1% mujeres, 25.0% hombres). El 89.0% ha consumido alcohol alguna vez (89.9% mujeres, 85.6% hombres) y 62.8% lo consume actualmente. Sobre otras drogas, 24.3% probó marihuana (21.7% mujeres, 35.6% hombres) y 13.4% la consumió en el último año. El 2.4% probó cocaína (1.4% mujeres, 6.7% hombres) y 0.7% la consumió en los últimos 12 meses.

CONSIDERACIONES

La pandemia por COVID-19 impactó la vida estudiantil y las relaciones interpersonales, aumentando la violencia y la depresión, especialmente en mujeres, colocándolas en mayor riesgo. Los resultados muestran la relación entre violencia y salud adolescente, y plantean la necesidad de estudios longitudinales y cualitativos interseccionales para comprender estas experiencias y proponer intervenciones. Abordar esta problemática requiere alianzas entre sectores de salud, educación, asistencia legal y familias, para garantizar derechos y atender la violencia, depresión y adicciones. Además, es necesario fortalecer y ampliar los programas y servicios dirigidos a adolescentes, mejorando la detección e intervención oportuna.

REFERENCIAS

- (1) Semujeres. Guía de atención y denuncia de la violencia sexual en el espacio digital dirigida a mujeres adolescentes, jóvenes y adultas de la ciudad de México. 2023. Disponible en: https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/ViolenciaDigital/Guia_Violencia_Digital.pdf
- (2) Beltrán MCFM. El inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*. 2012;1:5-13.
- (3) Kertz SBPJ. Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 scale in an acute psychiatric sample. *Clin Psychol Psychother*. 2013;456-64. doi:10.1002/cpp.1802.
- (4) Pérez A, Thrasher J, Monzón JC, Arillo-Santillán E, Barnoya J, Mejía R. La escala de afluencia familiar en la investigación sobre inequidades sociales en salud en adolescentes latinoamericanos. *Salud Publica Mex*. 2021;63:201-10. doi: 10.21149/1179

SAÚDE AUDITIVA EM ITAJUBÁ-MG: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Luiz Felipe Silva¹

Vinícius Tadeu Moreira Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A poluição sonora urbana se constitui como um grave problema de saúde pública, uma vez que está associada a agravos relevantes que comprometem a qualidade de vida da população [1].

Hipertensão arterial e diabetes, doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), são exemplos de problemas de saúde associados à exposição a níveis sonoros considerados de risco. Além desses desfechos, destacam-se também o desconforto psicossocial, distúrbios relacionados ao estresse, alterações no padrão do sono e prejuízos a funções cognitivas, evidenciando múltiplos impactos do ruído na saúde física e mental [2-4].

A Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO), irreversível e progressiva, resulta de ambientes e processos de trabalho ruidosos em que o risco é gerido de modo inadequado [2]. A avaliação dos impactos provocados pela exposição excessiva ao ruído deve se fundamentar nas normas correlatas, que levam em conta tanto os parâmetros físicos quanto a suscetibilidade individual, sendo fundamentais os estudos epidemiológicos para dimensionar seus efeitos na saúde coletiva e subsidiar políticas públicas voltadas à prevenção de agravos, salientando que a questão também ganha importância em cidades de pequeno a médio porte, onde o tema tem uma abordagem modesta.

OBJETIVO

Analisar a relação saúde e exposição ao ruído na população de Itajubá. Investigar as associações entre exposição autorreferida ao ruído, urbano ou ocupacional, com os desfechos autodeclarados: hipertensão arterial, diabetes, surdez pelo ruído, incômodo pelo ruído de tráfego e prejuízo ao sono e à saúde pelo ruído de tráfego. Verificar a prevalência de perda auditiva induzida pelo ruído e dificuldade auditiva.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no município de Itajubá-MG, com amostra de população adulta (idade ≥ 18 anos) residentes em domicílios particulares da área urbana da cidade. O delineamento adotado foi o transversal analítico (estudo de prevalência).

O cálculo amostral baseou-se na pesquisa de Hillesheim et al., que identificou prevalência de 6,8% para dificuldade auditiva [2]. Considerando IC 95% e margem de erro de 5%, calculou-se amostra de 100 participantes. Para compensar perdas ou recusas, aplicou-se um acréscimo de 20%, totalizando 120 indivíduos.

1 Universidade Federal de Itajubá. E-mail: lfelipe@unifei.edu.br

A seleção das residências foi aleatória e proporcional à distribuição dos setores censitários do município, com aplicação de um questionário por domicílio. As variáveis dependentes foram: Surdez pelo Ruído (SPR), Grau de Dificuldade Auditiva (GDA), Incômodo pelo Ruído de Tráfego (IRT) e Prejuízo ao Sono/Saúde pelo Ruído de Tráfego (PSSRT). As variáveis independentes incluíram fatores sociodemográficos (sexo, idade), ocupacionais (tempo de trabalho, exposição ao ruído ocupacional) e condições de saúde (hipertensão, diabetes). A análise dos dados foi realizada com auxílio do software EPI Info™ (versão 7.2.6.0).

RESULTADOS

Na análise univariada para SPR, apenas a variável IDADE mostrou associação significativa (OR = 1,08; IC 95%: 1,02–1,16; $p = 0,01$), indicando aumento de 8% na chance do desfecho a cada ano adicional. Não houve associações significativas na análise múltipla.

Para GDA, a análise univariada revelou associações significativas com IDADE (OR = 1,14; IC 95% = 1,08 – 1,21; $p < 0,0001$), exposição ao ruído ocupacional (ERO) (OR = 7,61; IC 95% = 2,38 – 24,31; $p = 0,0006$), estrato sócio-ocupacional (ESO) (OR = 0,26; IC 95% = 0,08 – 0,85; $p = 0,02$), hipertensão arterial sistêmica (HAS) (OR = 5,31; IC 95% = 2,01 – 14,03; $p = 0,0007$), diabetes (OR = 2,48; IC 95% = 0,90 – 6,79; $p = 0,07$) e sexo (OR = 0,42; IC 95% = 0,16 – 1,08; $p = 0,07$).

Na análise múltipla, o modelo mais robusto e ajustado estatisticamente incluiu as variáveis IDADE (OR = 1,14; IC 95% = 1,07–1,21; $p = 0,0001$), ERO (OR = 5,82; IC 95% = 1,30 – 26,04; $p = 0,02$) e ESO (OR = 0,16; IC 95% = 0,03 – 0,82; $p = 0,02$).

Nesse modelo, observa-se que o aumento da idade está associado ao acréscimo de 14% na chance de relato do desfecho a cada ano adicional. Exposição ao ruído ocupacional eleva em 5,8 vezes a probabilidade de ocorrência de GDA, enquanto o pertencimento aos estratos socioocupacionais inferiores associa-se a redução de 84% na chance de GDA, configurando efeito protetor.

Outros modelos estatisticamente significativos foram encontrados na análise múltipla, onde GDA apresentou associações com HAS (OR = 4,28; IC 95% = 1,53–11,96; $p = 0,0055$) e diabetes (OR = 3,32; IC 95% = 1,04–10,59; $p = 0,04$).

As variáveis dependentes IRT e PSSRT não apresentaram associações estatisticamente significativas nas análises, indicando ausência de evidências que sustentem relações preditivas entre os fatores investigados e os desfechos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise de SPR identificou associação significativa entre idade e o desfecho, indicando aumento do risco com o avanço etário, refletindo efeito cumulativo da exposição ao longo do tempo ou maior prejuízo auditivo com o envelhecimento.

Nas análises de GDA, os achados evidenciam que idade e exposição ao ruído ocupacional foram os principais fatores associados ao desfecho, com incremento de 14% na chance de ocorrência a cada ano adicional e risco 5,8 vezes maior entre os expostos ao ruído. Integrantes de estratos socioocupacionais inferiores apresentaram menor chance de GDA, sugerindo efeito protetor. Além desses preditores, as análises revelaram que GDA se associou significativamente à hipertensão arterial e diabetes, indicando que condições crônicas de saúde podem contribuir para o agravamento do desfecho.

Não foram identificadas associações significativas entre as variáveis independentes e os desfechos IRT e PSSRT, indicando ausência de preditores relevantes para essas condições.

REFERÊNCIAS

- [1] Hänninen O, Knol AB, Jantunen M, Lim TA, Conrad A, Rappolder M, et al. Environmental burden of disease in Europe: assessing nine risk factors in six countries. *Environ Health Perspect.* 2014 May;122(5):439-46. doi: 10.1289/ehp.1206154.
- [2] Hillesheim D, Gonçalves CGO, Olinto MTA, Costa JS da. Dificuldade auditiva autorreferida e exposição ocupacional a agentes otoagressores: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica.* 2021;37:e00174820.
- [3] Mayes JL. Urban noise levels are high enough to damage auditory sensorineural health. *Cities Health.* 2019 Feb 18;5(1-2):96-102. doi: 10.1080/23748834.2019.1574956.
- [4] Vienneau D, Schindler C, Perez L, Probst-Hensch N, Röösli M. The relationship between transportation noise exposure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environ Res.* 2015 Apr;138:372-80. doi: 10.1016/j.envres.2015.02.023.

SAÚDE E SOCIEDADE' DE MARIA CECÍLIA DONNANGELO: A ATUALIDADE DE UM CLÁSSICO NA CELEBRAÇÃO DOS 40 ANOS DE ALAMES

Cristiane Lopes Simão Lemos¹

Marcos Vinícius Alves dos Santos

Laurianne Alexandrina Neves de Souza Vieira

Acaahi Ceja de Paula da Costa

Flávio Furtado de Farias

Luciana Alves de Oliveira

Joaquim Gabriel de Andrade Couto

Josevan de Souza Silva

Rosana Ferreira de Moraes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) foi fundada em 1984 durante o III Seminário Latino-Americano de Medicina Social realizado em Ouro Preto, Brasil. Ela caracteriza-se em sua essência como a “expressão da esquerda sanitária latino-americana” que promove movimento contra-hegemônico que reduz a saúde à “mercadoria e bem individual”, bem como, o “enfrentamento do capitalismo e neoliberalismo”. A Alames traz ainda entre seus objetivos, “formas organizativas que potencializam as forças que a dinamizam e, ao mesmo tempo, que mantenham certo grau de “unidade na diversidade” que permita fixar rumos e tornar seu agir cada vez mais coerente”¹.

Para celebração dos seus 40 anos, em 2024, a ALAMES fez uma convocação para um debate em torno do seu papel nos diferentes países da América Latina, a sua história, suas influências no momento presente e seus impactos nos horizontes futuros. Diante deste evento comemorativo especial o Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Trabalho e Saúde (GEPETS) da Universidade Federal de Goiás (UFG) em parceria com várias entidades organizaram ciclos de estudos coletivos, retomando e evidenciando referenciais teóricos que fundaram o Movimento da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana.

OBJETIVO

Esta ação liderada pelo GEPETS proporcionou o resgate da memória e divulgação de obras clássicas da saúde coletiva. A partir do envolvimento de um grupo de estudos coletivo, participativo, solidário, mobilizado pelo interesse no pensamento crítico da Saúde Coletiva, materializou o ciclo de estudos comemorativo pelos 40 anos da ALAMES. O objetivo desta atividade para o Congresso da Alames é: Relatar a experiência do GEPETS no estudo coletivo da obra de Maria Cecília Donnangelo em consideração à comemoração aos 40 anos da ALAMES.

1 Universidade Federal de Goiás. E-mail: cristiane_lemos@ufg.br

METODOLOGIA

Como celebração dos 40 anos da ALAMES, no primeiro semestre de 2024, foi realizado ciclo de estudos fundamentado na obra de Maria Cecília Donnângelo e Luiz Pereira: “Saúde e Sociedade” (1976). A proposta foi consolidada por meio da leitura pelos integrantes do grupo e em quatro encontros coletivos virtuais. No último encontro, a discussão foi aprofundada pelos convidados: Lilia Schraiber (USP), Leonardo Carnut (USP) e Ana Costa (CEBES/ALAMES), além do discurso emocionante de sua filha Lilian Donnangelo que trouxe nuances da autora pouco comentadas na universidade.. Foram contabilizadas 120 inscrições via formulários *Google* e cada encontro contou com uma média de 40 participantes.

Esta ação do GEPETS envolveu parcerias com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)–Núcleos: Goiás, Agreste Alagoano, Piauiense e Rio Grande do Sul; o Projeto Pequim com SUS/UFG; o Grupo de Estudos Cronologia Biográfica Marxiana; o Grupo de Pesquisa em Odontopediatria e Clínica Integrada/UFPB; a Liga Acadêmica de Educação em Saúde/UFG; e os Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Ensino na Saúde/UFG.

RESULTADOS

A experiência do estudo coletivo proporcionou vivências que convergiram aos objetivos da ALAMES: a “difusão do pensamento da Medicina Social/ Saúde Coletiva” e “da saúde como direito humano e social fundamental”; bem como, a necessidade de enfrentamento da “ordem global que deteriora o planeta e a dignidade humana” disseminada pelo capitalismo e neoliberalismo. Contemplou ainda, a prática da mobilização de diversos grupos que atuam em diferentes Estados brasileiros e outros países da América Latina; a promoção do fortalecimento teórico da Medicina Social/Saúde Coletiva; e o “encorajamento” para continuidade da luta na defesa da saúde em diferentes territórios.

Donnângelo contribuiu para expor o movimento da medicina ao longo da história, buscando compreendê-la a partir das suas vinculações com as esferas econômica, política e ideológica. De maneira inovadora para o seu tempo, ela apoiou-se em categorias advindas das teorias marxistas para estruturar seu debate, apontando para o papel da prática médica no processo de produção capitalista ³.

Donnângelo compreendeu a medicina ao longo da história e suas vinculações com as esferas: econômica, política e ideológica, recusando-se a limitá-la ao tecnicismo. . Concluindo, portanto, que a medicina atua na centralidade da reprodução capitalista..

À frente de seu tempo, a autora discutiu a atuação da medicina no momento da produção e também identificou sua relação no momento da circulação. Sua teoria possibilitou compreender os meios de produção do trabalho médico como mercadorias, cuja *produção é externa à medicina*. Porém, *o consumo só se efetiva por meio dela*. O que faz com que a medicina ocupe papel central na *realização do valor de mercadorias*, completando o movimento de valorização do capital ³.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A imersão coordenada pelo GEPETS em *Saúde e Sociedade* fortaleceu o aprendizado coletivo e a formação crítica, questionando modelos hegemônicos que reduzem a saúde a interesses neoliberais.

Donnângelo desmistificou a neutralidade da medicina, revelando sua relação com a estrutura social de classes. Sua obra é um marco no pensamento crítico em saúde, superando as limitações impostas pela ditadura militar-empresarial dos anos 1970.

O resgate da Determinação Social da Saúde, central em sua análise, ganha relevância diante do avanço de abordagens positivistas e instrumentalistas na Saúde Coletiva.

O evento foi enriquecido por figuras próximas à autora, como Jaime Breilh e Ligia Donnângelo, trazendo memórias afetivas e fortalecendo seu legado.

Cecília Donnângelo, presente!

REFERÊNCIAS

- (1) Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES). Quem somos. 2024. Disponível em: <https://alames.org/pt-br/quem-somos/>.
- (2) Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Trabalho e Saúde. Ciclo de estudos comemorando os 40 anos da Alames. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2024. Disponível em: <https://ufg.br/e/35904-gepets-ciclo-de-estudos-comemorando-os-40-anos-da-alames>.
- (3) Donnângelo MC, Pereira L. Saúde e sociedade. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS MIGRATÓRIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE IMPACTOS PSICOSSOCIAIS

Thiago Nascimento Evangelista¹

Anaxsuell Fernando da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A imigração involuntária, motivada por conflitos e crises socioambientais, expõe indivíduos a violência e desamparo institucional, com repercussões profundas na saúde mental. Estudos destacam que respostas terapêuticas frequentemente reduzem o sofrimento a diagnósticos individuais, negligenciando determinantes estruturais como racismo e políticas migratórias restritivas (1). Esta revisão (2005-2024) analisa interseções entre trauma migratório, medicalização do sofrimento e mecanismos de resistência e autocuidado coletivo, sob perspectiva crítica à hegemonia do pensamento biomédico (2,3).

OBJETIVO

Analisar, por meio de uma revisão de literatura, os impactos psicossociais da migração involuntária, com ênfase em traumas cumulativos, medicalização do sofrimento e estratégias de resistência coletiva, propondo políticas baseadas em determinações sociais (4) e interseccionalidade.

METODOLOGIA

Revisão exploratória em bases (LILACS, SciELO, BVS-PSI, Redalyc, PubMed) com termos: “saúde mental”, “imigração”, “determinantes sociais”. Foram selecionados 28 artigos, livros e relatórios (2005-2024), priorizando abordagens críticas. Excluíram-se estudos sem contextualização social. Análise temática identificou três eixos: (1) impactos psicossociais; (2) interseccionalidade; (3) agência coletiva.

RESULTADOS

Impactos psicossociais: Traumas incluem violência, separação familiar e precariedade laboral. Crianças refugiadas apresentam TEPT e depressão agravados por “adultificação” (5). Migrantes no México relatam sintomas somáticos vinculados ao medo de deportação (6).

Interseccionalidade: Mulheres enfrentam violência de gênero; negros e indígenas sofrem discriminação racial (7). EUA: famílias com status migratório misto vivem ansiedade crônica (8).

Agência coletiva: Redes comunitárias reconstróem identidades e resistem à estigmatização. México: organizações integram apoio jurídico e saúde mental (6).

1 Universidade Federal da Integração Latino-Americana. E-mail: tn.evangelista.2023@aluno.unila.edu.br

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Traumas migratórios transcendem experiências individuais, envolvem rupturas culturais e impõem estressores relativos às pressões adaptativas. A medicalização do sofrimento reforça estigmas ao ignorar determinações estruturais. Intervenções devem integrar gênero, raça e status migratório, reconhecendo vulnerabilidades interseccionais. A resiliência coletiva emerge como estratégia de reconstrução identitária, mas requer suporte institucional e políticas que valorizem saberes locais.

REFERÊNCIAS

- (1) Temores-Alcántara G, Infante C, Caballero M. Salud mental de migrantes centroamericanos en tránsito. *Salud Publica Mex.* 2015;57(3):227-33.
- (2) Bezerra CB, Silva AF. Imigração involuntária e saúde mental. *Rev CES Psicol.* 2019;12(2):26-40.
- (3) Hernández OL. Migrant trajectories and health experiences. In: Gamlin J, Hawkes SE, eds. *Critical Medical Anthropology*. London: UCL Press; 2020. p.119-42.
- (4) Breilh J. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2023.
- (5) Trickett EJ, Jones CJ. Adolescent culture brokering. *Cult Divers Ethnic Minor Psychol.* 2007;13(2):143-50.
- (6) Santillanes N. *Salud mental en el corredor migratorio México-EUA*. Buenos Aires: CLACSO; 2021.
- (7) Morales EC. Asilo y racialización en fronteras europeas. In: Castro Y, ed. *Movilidades en crisis*. México: Iberoamericana; 2024. p.155-80.
- (8) Logan RI, et al. Familial vulnerability in mixed-status families. *Med Anthropol.* 2021;40(7):634-47.

SAÚDE MENTAL NO BRASIL: COMO OS DETERMINANTES SOCIAIS INFLUENCIAM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Fernanda Izabele Oliveira de Oliveira¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A saúde mental é um aspecto fundamental da saúde humana, sendo amplamente influenciada por determinantes sociais, como fatores econômicos, culturais e ambientais. No Brasil, desigualdades socioeconômicas e o acesso limitado a serviços de saúde impactam de forma direta o bem-estar psicológico, especialmente em populações marginalizadas. Os determinantes sociais, como a desigualdade de renda, condições de trabalho e o acesso a serviços de saúde, são fundamentais na formação das condições de saúde mental [1]. Estudos revelam que a pobreza e a falta de acesso a direitos básicos, como educação e moradia, são fatores que agravam o risco de transtornos mentais. No cenário brasileiro, a segregação social e o racismo, fatores que intensificam as desigualdades estruturais, aumentam a vulnerabilidade de indivíduos e comunidades, criando um ciclo de exclusão social. Assim, este estudo busca responder à seguinte pergunta: “De que forma os determinantes sociais da saúde influenciam a prevalência de transtornos mentais em populações vulneráveis no Brasil?”, e explora assim a importância das políticas públicas na mitigação dessas desigualdades.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é analisar como fatores sociais, econômicos e ambientais determinam a saúde mental, promovendo a reflexão sobre a importância de políticas públicas que considerem essas dimensões para a promoção do bem-estar coletivo.

METODOLOGIA

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, com revisão de literatura sobre os determinantes sociais da saúde e sua relação com a saúde mental. Foram analisados artigos acadêmicos, relatórios de organizações internacionais de saúde e estudos de caso de políticas públicas voltadas para a saúde mental. A análise foi centrada em fatores sociais como desigualdade de renda, racismo, violência e falta de acesso à saúde, que impactam diretamente a saúde mental das populações mais vulneráveis. As fontes utilizadas foram selecionadas com base na relevância e atualidade dos dados, incluindo estudos tanto nacionais quanto internacionais.

RESULTADOS

Os resultados indicam que a saúde mental é amplamente afetada por fatores sociais, como pobreza, desemprego, desigualdade de gênero, racismo e violência. A falta de acesso a serviços de saúde adequados e a precariedade da infraestrutura urbana agravam a situação de populações vulneráveis, gerando um ciclo de exclusão social e deterioração da saúde mental. A falta de acesso a serviços de saúde adequados e a precariedade

1 Universidade Federal da Integração Latino-Americana. E-mail: fernandaizabele57@gmail.com

da infraestrutura urbana agravam a situação de populações vulneráveis, gerando um ciclo de exclusão social e deterioração da saúde mental. No Brasil, as desigualdades sociais impactam diretamente a prevalência de transtornos mentais, com a pobreza e o desemprego frequentemente associados ao aumento de doenças psicológicas, como depressão e ansiedade[2]. As populações em situação de vulnerabilidade social, como comunidades periféricas e populações negras, enfrentam estigma social relacionado à saúde mental, o que dificulta o acesso a cuidados adequados. A pesquisa também aponta a importância de estratégias intersetoriais, que envolvem educação, habitação e trabalho, para construir políticas públicas que favoreçam a saúde mental [3]. Há evidências de que a promoção de direitos sociais, como o acesso à educação e segurança alimentar, pode reduzir a incidência de transtornos mentais, como depressão e ansiedade. Experiências de políticas públicas eficazes demonstram que investimentos em suporte psicossocial, redes de assistência comunitária e ampliação da atenção primária à saúde mental podem gerar impactos positivos na qualidade de vida das populações vulneráveis. A articulação entre setores e a implementação de ações para combater desigualdades estruturais são essenciais para mitigar os efeitos dos determinantes sociais na saúde mental [4].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo confirma que a saúde mental deve ser compreendida dentro de um contexto social mais amplo, que leva em consideração as desigualdades estruturais e o acesso a direitos sociais. A determinação social da saúde mental exige a implementação de políticas públicas que não apenas tratem a doença mental, mas que também abordem suas causas sociais. A promoção de uma saúde mental positiva depende da construção de uma sociedade mais justa e igualitária, onde os direitos fundamentais sejam garantidos a todos, independentemente de sua condição social, econômica ou racial. Dessa forma, reforça-se a necessidade de ações integradas entre diferentes setores da sociedade, ampliando o acesso aos serviços de saúde mental e promovendo políticas que atuem sobre os determinantes sociais da saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Buss PM, Pellegrini-Filho AA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007;17(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- [2] Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Fortes S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
- [3] Campos RTO. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/>
- [4] Rocha MESB, Borges PJS, Rêgo HMA, Filho WLRDS, Nascimento JPSD, Marques JMB, et al. Impacto de determinantes sociais na saúde mental: uma análise de saúde coletiva. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2023;5(5). Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/1082>

SEGURA A MINHA MÃO: RELATO DE UMA OFICINA DE PREVENÇÃO COM TRABALHADORAS DO HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL E CENTRO MATERNO INFANTIL DE BETIM

Jean Carlos Gomes dos Santos¹

Natália Luize Aquino Sanches

Marisol Live Souza Ferreira

Caroline Donateli Tomé

Nathiele Alves de Almeida

Flavia Metzker de Andrade

Valéria Aparecida Moura

Márcia Colamarco Ferreira Resende

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, os registros de suicídio se aproximam de 14 mil casos por ano, ou seja, em média 38 pessoas cometem suicídio por dia no país [1]. De 2010 a 2019, houve um aumento em cerca de 43% nos casos registrados, conforme dados divulgados pela Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde [2]. A realização do desejo de pôr fim a própria vida, se configura como um fenômeno de etiologia diversa englobando fatores de cunho social, biológico, econômico, político e ocupacional que afetam indivíduos de distintas origens, sexos, idades e classes sociais [2]. Um estudo realizado com 226 profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia revelou que 12,7% consideraram que seria melhor estarem mortos no último ano, 7,6% pensaram em suicídio, 0,8% já haviam tentado suicídio e 5,8% foram considerados de alto risco para suicídio [3].

O suicídio está diretamente relacionado à saúde mental e tem determinantes sociais, incluindo fatores profissionais. As trabalhadoras hospitalares, em virtude do intenso estresse e exaustão emocional a que estão expostas, são mais vulneráveis ao adoecimento mental, ideações e comportamentos suicidas. Logo, urge que iniciativas de valorização e acolhimento a trabalhadora hospitalar sejam promovidas como forma de prevenção e promoção de saúde mental no local de trabalho.

OBJETIVO

Relatar a experiência da realização de uma oficina voltada para a prevenção do suicídio, com as trabalhadoras do Hospital Público Regional e Centro Materno Infantil (CMI), do município de Betim/MG.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que descreve a oficina promovida em setembro de 2024 pelo “Programa de Acolhimento à Trabalhadora Hospitalar–PATHOS”. Esse programa compõem

1 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Email: jeancarlospsi@outlook.com

o “PET Saúde 2024/2026–De mãos dadas: PUC Minas e SUS Betim para ações de cidadania no trabalho”, contemplado pelo edital SGTES/MS no 11, de 16 de setembro de 2023. A equipe do PATHOS era composta por uma coordenadora (fisioterapeuta), uma tutora (enfermeira e advogada), duas preceptoras (uma enfermeira e uma assistente social) e alunos dos cursos de psicologia, direito, enfermagem, medicina e fisioterapia. O programa atuava em 5 setores do Hospital (Pronto Socorro, Pediatria, CTI, Lavanderia e Nutrição) e no CMI. A oficina “Segura a minha mão” foi sugerida por um aluno da psicologia, que fazia parte do programa, e discutida por toda a equipe. A oficina foi realizada com as trabalhadoras dos setores atendidos pelo PATHOS e o foco foi instrumentalizar as trabalhadoras quanto a prevenção do suicídio, além de favorecer a construção de um ambiente de trabalho mais humano e acolhedor.

RESULTADOS

A equipe do PATHOS foi dividida em pequenos grupos e cada um deles realizou a oficina em um dos setores do hospital e do CMI, no próprio local de trabalho. Participaram um total de 62 trabalhadoras (técnicas de enfermagem, enfermeiras, médicas e fisioterapeutas). A oficina aconteceu da seguinte forma: num primeiro momento, foram discutidos fatores de risco para o suicídio (diagnóstico prévio de transtorno psicológico, tentativa prévia, histórico familiar, abuso e dependência de álcool e drogas, abuso sexual, comportamento impulsivo, ser parte de minorias historicamente marginalizadas, como negros e LGBTQIAPN+); alguns sinais de alerta (lentidão nas atividades, apatia, dificuldade de concentração, alteração do juízo de verdade), assim como as formas de prevenção mais eficientes (não julgamento, evitar comparações, piadas e conselhos triviais, fazer a escuta ativa e ter presença assertiva diante de uma crise).

Em um segundo momento, as trabalhadoras foram estimuladas a desenvolver uma rede de suporte dentro da equipe. Nesse momento, os mediadores perguntaram quem estaria disposta a estender a mão para o outro no ambiente de trabalho. Ao aceitarem o convite, elas pintavam as mãos umas das outras com uma tinta amarela, num gesto lúdico que permitia uma interação mais íntima e bem-humorada entre elas. A cor foi escolhida inspirada na campanha “Setembro Amarelo”. Com as palmas pintadas, todas carimbavam as mãos num cartaz que foi fixado no respectivo setor, representando o compromisso com a criação de uma rede apoio para aqueles que sentissem necessidade. Os membros do PATHOS, que mediarão a oficina, pintaram as mãos de azul (cor do projeto), e também carimbaram no cartaz, representando o compromisso do programa com essa rede de acolhimento e de promoção de saúde mental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A oficina foi concluída com êxito, tanto no Hospital Público Regional quanto no CMI do município de Betim, MG. As trabalhadoras reconheceram a importância de cuidar de si e dos seus colegas de trabalho, promovendo um ambiente acolhedor. A exposição a diferentes formas de excitação

física e mental é inerente ao trabalho na área da saúde. Entretanto, estratégias de prevenção e cuidado com a saúde mental, especialmente aquelas que fortaleçam o cuidado intergrupar, podem reduzir o impacto desses fatores adoecedores, contribuindo também para a prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde, Fundacentro. Setembro Amarelo e a Saúde Mental dos Trabalhadores. Brasil: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2024/setembro/setembro-amarelo-e-a-saude-mental-dos-trabalhadores#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da,pessoas%20tiram%20a%20pr%C3%B3pria%20vida>.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 33, v. 52, Mortalidade por Suicídio e notificações de autolesões provocadas no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- [3] Corrêa, KC et al. Fatores de risco para ideação suicida: estudo com profissionais de enfermagem. Research, Society and Development. 2023;12(5):e15812541597.

SEXUALIDAD SIN BARRERAS: EXPERIENCIAS DE TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL CON PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN CÁRCEL DE MUJERES DE MONTEVIDEO

Carina Da Costa Braga¹
Mariangel Ramos Sabagno
Andrea Akar Moreno

INTRODUCCIÓN

Este trabajo da a conocer como la Educación para la Salud (EPS) es clave a la hora de abordar la sexualidad. En este caso acercando la Educación Sexual Integral (ESI) a mujeres cis y varones trans privadas/os de libertad en el Instituto Nacional de Reclusión N°5 de Montevideo, Uruguay. Durante 2023 se desarrollaron talleres con enfoque de educación popular, a cargo de docentes clínicas comunitarias de la Unidad Académica de Partería y Obstetricia (UAPO) de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, con actividades de promoción y prevención en sexualidad. La demanda surgió a partir de la asistencia brindada en la policlínica de salud sexual y reproductiva del centro, donde las docentes identifican la necesidad de educación sexual. Ante una población de aproximadamente 800 personas, se realizaron talleres con 50 participantes en cada uno, quienes luego actuaron como replicadores de lo trabajado. La planificación de estas instancias contempló el derecho de las personas privadas de libertad (PPL) a recibir educación en sexualidad, favoreciendo el relacionamiento interpersonal en contexto de encierro, el cuidado de la salud sexual y reproductiva y la prevención de violencias (1, 2). Como resultado, se evidencia un alto grado de satisfacción tanto de las PPL como del equipo de salud, educación y vigilancia, logrando talleres cada vez más concurridos y participativos.

OBJETIVO

Desarrollar talleres de Educación Sexual Integral para PPL en el INR N.º 5, promoviendo decisiones informadas, el consentimiento, el autocuidado y la autoestima. Se busca brindar información sobre anatomía, fisiología, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, e igualdad de género, generando un espacio de confianza para evacuar dudas y prevenir la violencia en los vínculos.

METODOLOGÍA

Se realizaron cinco encuentros con modalidad taller bajo una metodología de educación popular con frecuencia mensual entre julio y noviembre de 2023, dentro del CNR N°5, coordinados por dos docentes clínicas comunitarias de la UAPO y con la presencia de estudiantes de la carrera Obstetra Partera (Clínica Obstétrica II). Se abordaron temas como genitalidad, métodos anticonceptivos, prevención de ITS y cáncer genito mamario, consentimiento, igualdad de género, diversidad sexual,

1 Universidad de la República. E-mail: opcarinadacosta@gmail.com

autoestima y comunicación en vínculos; brindando información y herramientas para tomar decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva, promoviendo el bienestar emocional, la comunicación y previniendo la violencia sexual y de género. Participaron alrededor de 50 personas en cada uno, siendo referentes de cada módulo penitenciario y otras personas designadas, quienes luego replicaron los contenidos en sus sectores con herramientas que les fueron suministradas por el equipo para tal fin. Las actividades incluyeron sesiones educativas, dinámicas grupales, material didáctico y participación activa de las personas privadas de libertad.

RESULTADOS

Los centros penitenciarios en Uruguay comenzaron un proceso de reforma en el año 2010 basado en las normas de garantía y cumplimiento de los DDHH, pero aún es deficitaria la atención en salud sexual y reproductiva en las mujeres cis y varones trans privadas/os de libertad. (3, 4). Entendiendo la Educación para la Salud como herramienta fundamental para llevar adelante la prevención y promoción en salud es que la escogimos para llegar a una 2 población mayormente vulnerada en el derecho a la salud y a la educación, con una temática aún tabú en muchos sectores y muy cargada de mitos y creencias. Las Obstetras Parteras en Uruguay somos profesionales con perfil asistencial y de educación, realizando promoción y prevención en salud entre otras competencias. Ejercemos nuestra labor profesional con fuerte compromiso social, ocupamos puestos de trabajo en todo el territorio nacional y en atención primaria de salud, brindando tanto asistencia como educación y promoción de la salud sexual y reproductiva. Por tanto éstos talleres se enmarcaron además de la docencia, en el ejercicio libre de la profesión (3). La evaluación de las actividades se llevó a cabo de manera integral, considerando aspectos cuantitativos y cualitativos. Se realizaron encuestas de satisfacción para la obtención de retroalimentación de las participantes sobre los talleres y el impacto en su vida. También fueron evaluados por todo el equipo mediante la observación del comportamiento, con especial atención en los cambios en la comunicación, la toma de decisiones y las actitudes relacionadas con la sexualidad y relaciones personales posterior a los talleres.

CONSIDERACIONES

Las recomendaciones internacionales reconocen la necesidad de una atención especializada para las personas privadas de libertad (5,6). El único derecho del que deberían no gozar temporalmente es el de la libertad. La realidad en el Uruguay es que en situación de encierro se ven vulnerados además otros derechos, como acceso a la atención específica en salud sexual y salud reproductiva y a la educación sexual integral (7,8). Éstos derechos se ven debilitados e invisibilizados por falta de personal idóneo, atención, educación y concientización en la temática dentro de la institución penitenciaria. Los talleres brindados resultaron en un impacto positivo en la vida y bienestar de las personas privadas de libertad.

REFERENCIAS

- (1) German A, Barreiro J, Velázquez B. La educación como transformación en ámbitos de privación de libertad. Rev Fermentario. 2021;15(2):209–18. doi:10.47965/fermen.15.2.14.
- (2) Garibald L, Machín F, De Mayer M, Dutka LM, Gil C, Cardareello F, et al. La educación en cárceles del Uruguay: Balance y perspectivas. 2010. Disponible en: https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones/libros-digitales/la%20educacion%20en%20las%20carceles%20en%20el%20uruguay_balance%20y%20perspectivas.pdf
- (3) Ben S, Fiol V, Viroga S, Tarigo J, Arribeltz G, Briozzo L. Intervención en salud sexual y reproductiva en mujeres privadas de libertad de Uruguay. An Fac Med. 2024;11(2):e204. Disponible <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/1572> y en:
- (4) Priore JL. Salud en cárceles del Uruguay: Reflexiones y propuestas de intervención en gestión política sanitaria. Rev Urug Enferm. 2023;18(1):e501. doi:10.33517/rue2023v18n1a1.
- (5) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Reglas de Bangkok: Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes y sus comentarios. Naciones Unidas; 2011.
- (6) Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. 2008. Disponible <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/mandato/basicos/principiosppl.asp>
- (7) Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W. Protocolo de Atención en salud sexual y reproductiva en centros de privación de libertad. Montevideo: MSP; 2016.
- (8) Ramos W, Barreiro J, Benia W. Propuestas de atención en salud sexual y reproductiva para personas privadas de libertad. Montevideo: Universidad de la República; 2020.

SILÊNCIOS CURRICULARES E RACISMO ESTRUTURAL: UMA ANÁLISE DAS ESCOLAS MÉDICAS DE SALVADOR

Rejane Macedo de Sousa¹

Daiane da Silva Pinto

Lays Rocha Barros

Kauã Lemos de Souza

Maria Clara Pereira Edington Silva

Natan Oliveira dos Santos

Rafaella Lemos Nunes

Magno Mercês Weyll Pimentel

Leila Pitangueira Guedes Mazarakis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação médica brasileira tem historicamente negligenciado a discussão crítica sobre o racismo como determinante social da saúde, o que compromete o enfrentamento das desigualdades raciais. Diante da expressiva população negra de Salvador-BA, este estudo analisa os Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) de seis faculdades de Medicina da capital baiana, com o objetivo de identificar se e como os conteúdos relacionados à saúde da população negra, racismo estrutural, interseccionalidade e práticas antirracistas estão contemplados na formação médica. Trata-se de um estudo documental, descritivo e qualitativo, que analisa ementas e PPCs com base em 45 termos-chave vinculados à equidade racial. A análise foi realizada por meio de busca automatizada e leitura crítica das ocorrências, além do cálculo da carga horária dedicada aos temas. Os resultados revelaram fragilidades curriculares. Nenhuma instituição apresenta conteúdos sistematizados sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A carga horária dedicada às temáticas variou de 0,36% (UNEB) a 40,3% (Bahiana), embora esta última sem base teórica consistente. As menções mais comuns referem-se à “diversidade cultural” e “vulnerabilidade”, muitas vezes sem conexão direta com marcadores raciais. Uma pesquisa evidencia o silenciamento institucional do racismo na formação médica e reforça a urgência de uma educação antirracista como eixo estruturante para o SUS.

A formação médica historicamente negligenciou o debate crítico sobre o racismo e seus impactos como determinante social da saúde, perpetuando desigualdades no cuidado à população negra. Esse racismo estrutural é uma causa central das disparidades em saúde, afetando diretamente condições sociais e desfechos clínicos (1). Embora atualizações nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) de faculdades do Nordeste tenham ocorrido na última década, ainda há defasagens curriculares importantes (2). Iniciativas educacionais buscam ampliar a conscientização sobre as desigualdades

raciais, explorar preconceitos implícitos e compreender seu papel nos resultados de saúde. A formação médica tem papel essencial na capacitação de profissionais aptos a reconhecer e enfrentar o racismo sistêmico, tornando-se agentes de transformação (3). A educação médica antirracista exige currículos que abordem o impacto do racismo nas desigualdades em saúde, desenvolvam competências para enfrentá-lo e promovam ambientes de aprendizado baseados em equidade e justiça social (4). Isso é especialmente urgente em contextos como Salvador, onde a população negra é majoritária.

OBJETIVO

Analisar os PPC de seis cursos de Medicina em Salvador-BA, verificando a inclusão de conteúdos sobre saúde da população negra, racismo estrutural, interseccionalidade e práticas antirracistas.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo documental, descritivo, transversal, com abordagem qualitativa e exploratória. Foram analisadas ementas de disciplinas dos cursos de Medicina de seis instituições de Salvador-BA, públicas e privadas, à luz da PNSIPN e dos PPCs. A seleção incluiu faculdades reconhecidas pelo MEC com atuação até 2024, excetuando-se a UNIDOMPEDRO/AFYA por ausência de documentos públicos. A coleta foi feita por meio de sites institucionais. A análise utilizou o GPT-4 e 60 termos-chave sobre raça, saúde da população negra, racismo estrutural, interseccionalidade e práticas antirracistas, em duas etapas: busca automatizada e análise qualitativa. Estimou-se a carga horária dedicada aos temas e sua proporção no total do curso. Conforme a Resolução CNS nº 510/2016, não houve necessidade de submissão ao CEP.

RESULTADOS

Uma análise dos currículos médicos de cinco das seis instituições de Salvador-BA revelou expressiva fragilidade na incorporação de questões como saúde da população negra, racismo estrutural, interseccionalidade e equidade racial. A UFBA e a UNEB, ambos públicos e localizados em um município com 83,2% da população autodeclarada negra (SIDRA/IBGE, 2022), apresentaram menções esparsas e pouco estruturadas. Na UFBA, 12 disciplinas (5,3% da carga horária) citam termos como “vulnerabilidade” e “relações étnico-raciais”. Na UNEB, duas disciplinas abordam diretamente a saúde da população negra, somando apenas 0,36% da carga horária. Na Unifacs, três componentes com 270h (3,4%) tratam de “interseccionalidades” e “vulnerabilidades”, sem especificar grupos sociais. A Zarns apresenta 1,5% da carga em apenas uma disciplina que cita “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”, “políticas públicas para promoção da igualdade racial e equidade em saúde”. A baiana inclui menções à “diversidade étnico-racial” em 13 disciplinas de internato (40,3%), mas sem base teórica estruturada nos ciclos anteriores, refletindo um compromisso parcial com a equidade. Em nenhuma instituição há referência direta à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) ou ao estudo do racismo como determinante social da saúde. Observa-se também a falta de literatura específica nas bibliografias dos Projetos Pedagógicos de Cursos dessas faculdades. Os dados

revelam o distanciamento das diretrizes nacionais e a baixa implementação da PNSIPN, evidenciando o silenciamento institucional nas escolas médicas analisadas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O apagamento das questões étnico-raciais nos currículos médicos de Salvador compromete uma formação crítica e antirracista. A ausência da PNSIPN e de conteúdos que tratem o racismo como determinante social de saúde invisibiliza a negritude no cuidado. Predominam termos genéricos como “diversidade” e “vulnerabilidade”, sem vínculo com políticas públicas ou práticas pedagógicas antirracistas. Para garantir equidade no SUS, é urgente integrar aos PPCs conteúdos teóricos e práticos sobre saúde da população negra. Formar médicos racialmente conscientes é essencial para a justiça social e a saúde integral.

REFERÊNCIAS

- (1) Brandt EJ. Social determinants of racial health inequities. *The Lancet. Public Health*. 2023;8(6), e396–e397. Doi:[https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00100-7](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00100-7)
- (2) Cabral MPG, Araújo LV, Santos RMP, Silva FMS. Educação médica, raça e saúde: o que falta para a construção de um projeto pedagógico antirracista? *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(4).
- (3) Mouhab A, Radjack R, Moro MR, Lambert M. Racial biases in clinical practice and medical education: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2024 Oct 23;24(1):1196. doi: 10.1186/s12909-024-06119-1.
- (4) BORRET, Rita Helena et al. Reflexões para uma prática em saúde antirracista. *Revista brasileira de educação médica*. 2020;44(1):e148.

SÍNDROME DE BURNOUT E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Sarah Azevedo Herdy¹
Nadymara Jullia Neto Carvalho
Iara Leonardo de Azeredo
Amanda da Cruz Ferreira
Jeremias Campos Simões
Sandra Maria Amaral Chaves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

É ampla a literatura que reconhece o problema dos profissionais de saúde frente aos altos índices de esgotamento, estresse e depressão, devido a condições de trabalho marcadas por turnos irregulares, sobrecarga e alta pressão. Ademais, violência, falta de suporte, precarização das condições laborais e desvalorização da categoria, são alguns fatores que afetam a saúde desses profissionais.

O estresse é um conjunto de reações desencadeadas pelo organismo, envolvendo mudanças psicofisiológicas, que auxiliam o indivíduo a se adaptar a situações desafiadoras¹. Contudo, devido à pressão profissional prolongada, o equilíbrio psicofisiológico dos profissionais pode ser comprometido, dificultando o enfrentamento do estresse, podendo evoluir para a síndrome de burnout¹. Embora a Síndrome de Burnout seja um tema recorrente, ainda há dificuldades em mitigar tal condição entre os profissionais de saúde.

OBJETIVO

Analisar que fatores impactam o desenvolvimento da síndrome de Burnout no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura conforme o protocolo PRISMA-scr, cuja questão norteadora define-se “Como as condições precárias do trabalho em saúde impactam no aparecimento da Síndrome de Burnout?”. Foi realizada a coleta de dados nas bases: PubMed, Embase e Web of Science. A estratégia para a coletas de dados foi construída com base em descritores verificados no site MeSH/DeCS: ‘Burnout Syndrome’, ‘Burnout’, ‘Occupational Stress’, ‘Emotional Exhaustion’, ‘Job Security’, ‘Labor Relations’, ‘Working Conditions’, ‘Social Determinants of Health’, ‘Health Inequities’, ‘Health Disparities’, ‘Workers Health’, ‘Occupational Health’, ‘Occupational Disease’. Foram aplicados os filtros: tipo de estudo, somente artigos no período entre 2022 e 2025, no idioma português e de acesso aberto. Critérios de inclusão: artigos que abordassem a síndrome de burnout

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: sarah_herdy@id.uff.br

e as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde. Foram excluídos artigos que não atendiam ao escopo deste estudo e duplicatas. Para responder a questão da pesquisa, foram construídas duas categorias, burnout relacionado a fatores emocionais e categoria II: burnout relacionado à precariedade das condições do trabalho.

RESULTADOS

Inicialmente, foram obtidos 14, 20 e 59 artigos nas bases PubMed, Embase e Web of Science, respectivamente, com a aplicação dos filtros. Após a aplicação do fluxograma PRISMA-ScR, restaram 7 artigos. Convém destacar que além do termo burnout, os termos estresse ocupacional, ansiedade/depressão e condições precárias de trabalho estão presentes em pelo menos 40% dos artigos selecionados.

Categoria I–Fatores emocionais

A revisão integrativa revelou que os profissionais de enfermagem enfrentam elevados níveis de estresse, fadiga por compaixão e transtornos mentais, especialmente em contextos de crise como a pandemia de COVID-19². A resiliência foi identificada como fator protetivo contra desgaste emocional e distúrbios psíquicos, promovendo maior realização profissional².

Verificou-se que a satisfação por compaixão esteve associada a menor dedicação ao trabalho, enquanto burnout e estresse traumático secundário se associaram a maior engajamento³.

Categoria II–Fatores relacionados à infraestrutura

A fadiga por compaixão e o burnout também estiveram relacionados à sobrecarga de trabalho e à ocorrência de eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente⁴. Transtornos mentais e comportamentais estão presentes nos profissionais, sobretudo mulheres com múltiplos vínculos e longo tempo de serviço⁵. A qualidade de vida foi impactada negativamente por fatores ocupacionais e melhorada por práticas saudáveis e apoio institucional⁶.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Nesta revisão integrativa da literatura, as categorias estão inter-relacionadas, visto que a Síndrome de Burnout está fortemente associada à Categoria I, que trata dos fatores emocionais, bem como à Categoria II, que se refere aos fatores relacionados à infraestrutura. As categorias se complementam, e os resultados mostram que ambas aparecem em um mesmo artigo. Este estudo contribuiu para ampliar a discussão a respeito dos fatores que desencadeiam a Síndrome de Burnout, especialmente aqueles relacionados à precarização das condições de trabalho, presente em todos os cenários, mas ainda não reconhecida como um problema. As condições de trabalho desfavoráveis são determinantes críticos no desenvolvimento do Burnout, exigindo ações multiníveis para sua prevenção. Desse modo, é de suma importância a adoção de políticas organizacionais que promovam o equilíbrio entre demandas e recursos, além da implementação de programas de vigilância em saúde mental ocupacional.

REFERÊNCIAS

- (1) Araújo ACM, Peres OV, Faria G. Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: revisão de literatura. *Acervo+*. 2021.
- (2) Vieira LS, et al. Burnout e resiliência em profissionais de enfermagem de terapia intensiva frente à COVID-19: estudo multicêntrico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3589
- (3) Lourenção LG, et al. Análise da associação entre níveis de fadiga por compaixão e engajamento no trabalho com a COVID-19 em profissionais de enfermagem. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;(10):2867–77.
- (4) Garzin AC, et al. Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com a qualidade assistencial e segurança do paciente. *Mundo Saúde*. 2024;48.
- (5) Santana LL, et al. Prevalence of mental and behavioral disorders among nursing workers and associated factors. *Rev Gaúcha Enferm*. 2024;45:e20230211.
- (6) Mallagoli ISS, et al. Quality of life associated with nursing professionals' individual resources and work. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(3):e20230476.

SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE

Esther de Matos Ireno Marques¹

Graziella Lage Oliveira

Luma Leitão Francklin

Maíra Aparecida dos Santos

Karoline Vitoria Ferreira Soares

Paulo César Mendes Silva

Fabiane Rossi dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Alcançar uma vaga em um curso superior pode representar um grande passo para o indivíduo desenvolver competências, alcançar oportunidades e satisfazer seus anseios profissionais e pessoais. Por outro lado, as exigências do mundo acadêmico produzem mudanças significativas em diferentes dimensões da vida do aluno, as quais podem levar a um estado de maior vulnerabilidade ao sofrimento mental [1,2].

Estima-se que a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre universitários brasileiros pode ser até quatro vezes maior do que aquela estimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na população brasileira [3], sendo maior entre estudantes dos cursos da área de saúde [4].

Os sintomas de sofrimento mental nesta população podem levar à baixa qualidade de vida, a prejuízos no processo de ensino-aprendizagem, a evasão escolar, ao abuso de drogas, e, até mesmo, ao suicídio. Por conseguinte, este fenômeno vem se configurando como um problema de saúde pública no Brasil, podendo impactar a vida do estudante e seus familiares, assim como toda a economia nacional. Entretanto, a maior parte dos estudos realizados a nível nacional envolvem somente estudantes da rede pública de ensino superior, sendo necessário avaliar este quadro também na população de estudantes da rede privada.

OBJETIVO

Identificar a prevalência de depressão, ansiedade generalizada e ansiedade social em estudantes do ensino superior da área de saúde de instituições públicas e privadas, bem como avaliar a associação dessas com variáveis sociodemográficas e acadêmicas.

METODOLOGIA

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, estudantes de três Instituições de Ensino Superior (IES) foram convidados a responder a um questionário autoaplicável

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: esther.marques@ifsudestemg.edu.br

de forma *online*. Foi divulgado ao público-alvo, através de redes sociais das instituições envolvidas, o *link* para acesso ao formulário do *Google Forms*, contendo os instrumentos de avaliação propostos.

Para avaliar os sintomas de depressão foi utilizado o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). A ansiedade generalizada foi avaliada através do Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) e para identificar a presença ou não de ansiedade social foi utilizado o Questionário de Ansiedade Social para Adultos (CASO).

Os dados foram armazenados e tratados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Os escores obtidos pelas escalas foram categorizados e analisados de forma descritiva (por meio da distribuição de frequências, médias e desvios-padrão) e comparativa por meio do Qui-quadrado de Pearson e regressão logística. Para verificação da significância estatística adotou-se o valor- $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 173 alunos, com média de idade de 22,97 anos ($DP = 6,88$). Verificou-se que 54,3% ($n=94$) dos estudantes apresentou sintomas sugestivos de um quadro clínico de depressão e 52% ($n=90$) de ansiedade generalizada. No que se refere a ansiedade social, 59,0% ($n=102$) dos estudantes apresentaram escores que indicam a presença desse quadro. Importante destacar ainda que pelo menos 32% ($n=55$) dos estudantes participantes desta pesquisa apresentaram sobreposição de sintomas, alcançando escores clínicos de depressão e ansiedade generalizada, em conjunto com a presença de ansiedade social.

Mostraram-se associadas aos sintomas de ansiedade generalizada as variáveis gênero e namoro (valor- $p < 0,05$). A presença de ansiedade social mostrou-se associada ao estado civil e a ter vínculo empregatício (valor- $p < 0,05$).

A análise de regressão não mostrou associação entre as variáveis, mas permitiu observar tendências tais como menores chances de estudantes do gênero masculino, heterossexuais e casados serem classificados em níveis clínicos de depressão, ansiedade generalizada e ansiedade social.

Portanto, a presente pesquisa confirma os achados da literatura e aponta que a etiologia do adoecimento mental em estudantes universitários da área de saúde pode estar relacionada a fatores individuais e sociais. Entretanto, nesta amostra de estudantes, não foram encontradas relações estatisticamente significativas dos sintomas de depressão, ansiedade generalizada e social com variáveis acadêmicas, em contraposição a outros estudos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Identificou-se uma alta prevalência de sintomas de depressão, ansiedade generalizada e ansiedade social entre os respondentes. Mostraram-se associadas à ansiedade generalizada e ansiedade social as variáveis gênero, namoro, estado civil e vínculo empregatício

A principal contribuição do presente estudo foi englobar estudantes de instituições de ensino superior tanto da rede pública quanto da privada. Entretanto, constatou-se que apesar das diferenças encontradas no que se refere ao perfil sociodemográfico e acadêmico destes indivíduos, o mesmo não ocorreu quanto à saúde mental.

Futuros estudos devem envolver um maior número de estudantes oriundos de diferentes modelos de IES, além da análise da saúde mental de populações minoritárias nas universidades, tais como indígenas, transexuais, negros, homossexuais, entre outras. Para além, outras variáveis devem ser incluídas nas análises, tais como percepção de rede de apoio, atividades de estágios em campo, relação com preceptores e supervisores dessas atividades, cursos noturnos e ser estudante-trabalhador.

REFERÊNCIAS

- [1] Lopes FM *et al.* Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol Pesquisa*. 2022;16(1), 1-23. Doi: 10.34019/1982-1247.2022.v16.31105
- [2] Vieira-Santos J, Silva GM. Estratégias de enfrentamento de estresse entre estudantes universitários brasileiros: uma revisão da literatura. *Psicol Argumento*. 2022; 40(108). doi: 10.7213/psicolargum40.108.AO14
- [3] Demenech LM, Oliveira AT, Neiva-Silva L, Dumith S. Prevalence of anxiety, depression and suicidal behaviors among Brazilian undergraduate students: A systematic review and meta-analysis. *J affective disorders*. 2021;282:147–159. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.108
- [4] Paula W, Breguez GS, Machado, EL, Meireles AL. Lúcia. Prevalência de sintomas ansiedade, depressão e ideação suicida entre estudantes universitários: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(4), 8739–8756. doi: org/10.34119/bjhrv3n4-119

SUPERANDO BARREIRAS SOCIOCULTURAIS: INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM NA APS EM CARUARU-PE

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva Uchoa¹

Ana Beatriz Lima de Albuquerque

Arthur de Farias Nóbrega

David Willian Dionizio Marinho

Déborah Farias de Albuquerque

Ian Gabriel Monteiro Silva

José André Camelo de Alcântara

Letícia Jordão Vilaça Rocha

Maria Victoria Passos de Moura Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Historicamente, observa-se uma baixa adesão dos homens aos serviços de saúde em comparação às mulheres, fato associado a construções socioculturais da masculinidade que desencorajam o cuidado com a própria saúde. Entre os principais obstáculos, destacam-se o estigma social, o constrangimento, as obrigações laborais e a comunicação limitada no âmbito familiar [1].

Esse comportamento impacta negativamente a Saúde Pública, refletindo-se nos altos índices de morbimortalidade masculina. Segundo o IBGE, homens vivem, em média, 7,1 anos a menos que as mulheres e morrem com maior frequência por causas externas ou não naturais [2].

Nesse cenário, políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) são fundamentais para ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde. Contudo, a efetivação desse acesso e da permanência dos homens no SUS, especialmente na Atenção Primária (APS), ainda enfrenta importantes desafios [2]. Diante disso, torna-se necessário desenvolver estratégias que estimulem o autocuidado e a sensibilização dos homens quanto à importância da promoção da saúde.

OBJETIVO

Desenvolver estratégias de sensibilização da população masculina atendida pela Unidade de Saúde da Família São João da Escócia, em Caruaru-PE, visando estimular o autocuidado, o acesso e a permanência nos serviços de saúde, com foco na promoção de práticas preventivas e no fortalecimento do cuidado integral à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado no contexto das atividades do segundo módulo das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), do curso de Medicina da UFPE

– Campus Caruaru. Inseridos na rotina da Estratégia Saúde da Família, os estudantes identificaram demandas do território para propor ações voltadas à produção do cuidado. A intervenção foi desenvolvida na Unidade de Saúde da Família São João da Escócia III, em Caruaru-PE, entre março e abril de 2025, tendo como público-alvo os homens da área de abrangência da unidade.

A partir das vivências dos discentes, do diálogo com a equipe de saúde e da aplicação de questionários a usuários do sexo masculino, foi elaborado um panfleto com linguagem acessível, contendo orientações sobre práticas de autocuidado e informações sobre horários e funcionamento da unidade. Com base nesse material, foram realizadas atividades de campo no território adscrito, nas quais os estudantes, organizados em duplas, abordaram homens nas imediações da unidade por meio de conversas informais de sensibilização sobre a importância do autocuidado e da busca por atendimento em saúde.

RESULTADOS

A análise dos dados qualitativos e quantitativos coletados na comunidade do bairro São João da Escócia permitiu identificar os principais fatores que contribuem para o afastamento dos homens dos serviços de Saúde da Família. Foram evidenciadas barreiras socioculturais e estruturais que dificultam tanto o acesso quanto a continuidade do cuidado, como estigmas relacionados à masculinidade, rotinas laborais exaustivas e a percepção limitada sobre a importância da prevenção [3].

Com base nesses achados, foi possível elaborar e implementar uma intervenção educativa alinhada às especificidades socioculturais da comunidade e às características da unidade. A produção e distribuição de um panfleto educativo, com linguagem acessível e conteúdos voltados ao autocuidado, possibilitou maior compreensão sobre a saúde do homem e incentivou a reflexão acerca de práticas preventivas [4].

Durante a aplicação do projeto, as ações buscaram sensibilizar os homens da comunidade sobre a importância do cuidado contínuo e sobre os serviços disponíveis na unidade, além de fortalecer o vínculo entre os usuários, os profissionais de saúde e a própria unidade. As abordagens informais e diretas facilitaram a escuta ativa e o acolhimento, promovendo um canal de comunicação mais efetivo e humanizado [4].

Como resultado, observou-se maior receptividade às orientações e um estímulo à adoção de comportamentos mais proativos em relação à própria saúde, contribuindo para a melhoria do bem-estar e para o fortalecimento da permanência dos homens e na busca do cuidado e acesso à Saúde da Família.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O A intervenção na USF permitiu identificar obstáculos que afastam os homens da APS, evidenciando a persistência de barreiras socioculturais. Com base nesses achados, foram planejadas ações educativas alinhadas à realidade local, com linguagem acessível e foco no estímulo ao autocuidado.

A elaboração e distribuição do panfleto, aliadas ao contato direto com os homens da comunidade, fortaleceram o vínculo entre a equipe de saúde e a população masculina. A boa receptividade do público aponta para o potencial de continuidade e ampliação da ação. Além de contribuir para a promoção da saúde do homem, o projeto favoreceu o desenvolvimento acadêmico dos estudantes, ao evidenciar a importância de intervenções sensíveis ao contexto social e voltadas à ampliação do acesso e da permanência nos serviços de saúde, sobretudo da Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- (1) Dzinamarira T, Kuupiel D, Vezi P, Mashamba-Thompson TP. A scoping review on health education programs for improving men's engagement with health services in low- and middle- income countries. *Public Health in Practice*. 2021 Sep;2:100177.
- (2) Oliveira JA de, Araújo IFM, Silva GTR da, Sousa AR de, Pereira Á. Strategies and competences of nurses in men's health care: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(suppl 6).
- (3) Júnior CDS, Souza JR de, Silva NS, Almeida SP de, Torres LM. Saúde do Homem na Atenção Básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. *Revista Ciência Plural* [Internet]. 2022 Mar 7;8(2):1–18. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26410>
- (4) Cortez MB, Trindade ZA, Menandro MCS. Rationality and suffering: men and healthcare practices. *Psicol Saúde Doença*. 2017;18(2):556–66.

TAXA DE MORTALIDADE NO BRASIL: REFLEXO DAS INIQUIDADES ENFRENTADAS PELOS POVOS INDÍGENAS

Ana Luiza Linhares Marques de Faria¹

Camila Messias Ramos

Cassiane de Assis Peixoto

Ester de Medeiros Soares

Isadora Luiz da Silva

Lavínia de Sousa Costa

Maria Eduarda Batista Marchetti da Silva

Sandra Carvalho de Freitas

Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Ieda Maria Avila Vargas Dias

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil (MI) é um indicador fidedigno que reflete a saúde da população, sendo de suma importância para a criação de políticas públicas que reduzam essa taxa. Assim, a ONU lançou em 2015 os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pautados em metas a serem alcançadas pelos países pactuantes até 2030, tendo a redução da mortalidade infantil contemplada nesse acordo. As iniquidades em Saúde têm sido evidenciadas nas raras investigações segundo recorte étnico racial ao demonstrar uma baixa redução das taxas de MI indígena comparada às taxas do restante da população brasileira. Segundo o IBGE, a cada 1.000 crianças indígenas nascidas vivas, 35 morreram com até 4 anos em 2022. Desta forma, números maiores do que aqueles entre crianças não indígenas são encontrados na mesma faixa etária, cujas taxas permaneceram em 14 em 2025. As crianças são o público mais sensível a ser atingido pelas interferências externas que afetam a saúde, como crise climática, insegurança alimentar e aumento na taxa de mortalidade infantil (TMI). Assim, os dados sobre MI indígena evidenciam como a saúde das infâncias dos povos originários precisa de atenção e cuidados redobrados (1-6).

OBJETIVO

Analisar a taxas de mortalidade de menores de 4 anos no Brasil e compará-las às taxas da população indígena de mesma faixa etária e, também, observar os impactos das iniquidades em saúde para a população originária brasileira.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter observacional e abordagem quantitativa, realizada a partir de dados coletados no DATASUS, com informações do Sistema de Informações sobre

1 E-mail: analinhares159@gmail.com

Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Selecionou-se as variáveis “Óbitos por Ocorrência segundo Causas Evitáveis”, período de 2022, para dados nacionais; para dados indígenas, se acrescentou a variável de cor/raça “Indígena”. Por se tratar de pesquisa com dados primários de domínio público, não houve necessidade de apreciação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

Em 2022, estima-se que 38.540 menores que 4 anos morreram no Brasil, mais da metade dessas mortes (16.095), em recém-nascidos. No mesmo ano, estima-se que 967 indígenas menores que 4 anos morreram, 1/3 dessas mortes (350) ocorreu em recém-nascidos. Ambas apresentam mais de 60% por causas preveníveis e tratáveis. As principais causas de morte em crianças menores que 4 anos no Brasil são acometimento de fetos e recém-nascidos por afecções maternas, pneumonia e infecções específicas do período neonatal (exceto síndrome da rubéola congênita e hepatite viral congênita). Em comparação, as principais causas de MI indígena foram: pneumonia, doenças infecciosas intestinais e desnutrição. Todas preveníveis ou tratáveis se houver acesso a intervenções em saúde e saneamento. Desde 1990, houve uma redução de 73% na taxa nacional de mortalidade nos menores de 4 anos, passando de 52,5 mortes para 14 mortes por 1000 nascidos vivos em 2022¹⁰. A TMI em 2022 de crianças indígenas é de 35 mortes a cada 1000 nascidos, 2 vezes maior do que o TMI de crianças não indígenas. Não foi possível comparar dados da mortalidade indígena em 1990, pois os dados antes de 1996 não fazem divisão por cor/raça. Dados do SIM e SINASC de 2022 mostram que a região brasileira com maior TMI é a Norte, contabilizando 5.296 óbitos até 4 anos em 288.536 nascidos vivos (TMI=18,35), seguido pelas regiões Nordeste (TMI= 16,63), Centro-Oeste (TMI=15,31), Sudeste (TMI=13,91) e, com menores números, a região Sul (TMI= 12,15). Em relação aos povos originários, a região Centro-Oeste está em primeiro lugar, contabilizando 200 óbitos até 4 anos em 4.346 nascidos vivos (TMI=46,01) seguidas pelas regiões Norte (TMI=36,59), Sul (TMI=30,14), Sudeste (TMI=25,41) e Nordeste (TMI=24,83).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados encontrados sobre a TMI da população indígena, junto às principais causas e vulnerabilidades que possibilitam esse resultado, apontam uma falha na assistência tanto por parte dos serviços de saúde quanto por ineficaz apoio às ações das políticas públicas destinadas aos povos originários. Observando as causas majoritárias que acometem as crianças até 4 anos, vê-se a necessidade de maior atenção às condições evitáveis e às questões de visibilidade política. Ademais, é essencial que os estudos sobre a população indígena se expandam a fim de demonstrar a realidade e promover melhorias às demandas específicas da população. Por fim, os números comparativos da mortalidade infantil indígena e não indígena evidenciam as desigualdades em Saúde originadas por alicerces étnico-raciais, sendo de responsabilidade governamental o planejamento e monitoramento de ações que visam a redução da taxa de mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

- (1) Shetty AK. Global Maternal, Newborn, and Child Health. *Pediatr Clin North Am*. 2016 fev;63(1):1-18.
- (2) United Nations. The Sustainable Development Agenda. United Nations; 2015.
- (3) UNICEF. Levels & Trends in Child Mortality Estimates. Report 2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF; 2015.
- (4) Caldas ADR *et al*. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(7):e00046516.
- (5) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
- (6) Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI). Desigualdades em saúde de crianças indígenas. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2024.

TENDÊNCIA DO NÚMERO DE VÍTIMAS EM SINISTROS DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETA EM RODOVIAS FEDERAIS BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2007 A 2022

Larissa Silva Santos¹

Flávia Reis de Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O uso de motocicletas melhora a mobilidade, mas aumenta o risco de lesões e morte no trânsito, pois a probabilidade de um motociclista perder a vida é quase 30 vezes maior em comparação com ocupantes de automóveis. Em 2019, os sinistros de trânsito superaram, em número de mortes, doenças como HIV/AIDS e tuberculose, sendo a primeira causa de óbito entre indivíduos de 15 a 29 anos. A maioria das mortes (92%) ocorre em países de média e baixa renda com vítimas predominantemente do sexo masculino³. O crescimento da frota de motocicletas resultou no aumento da violência no trânsito e elevou tanto o número quanto a gravidade das lesões.^(1,2).

Esse aumento da frota em países em desenvolvimento está relacionado a necessidades de transporte não atendidas. Em países de média e baixa renda, os traumatismos cranioencefálicos são a causa da maioria (88%) das mortes no trânsito entre motociclistas. A vulnerabilidade socioeconômica tem um impacto direto na mortalidade por acidentes com motos, pois países com maiores desigualdades sociais apresentam taxas mais elevadas de óbitos entre motociclistas. No Brasil, entre os anos de 2010 e 2019 houve aumento de 13,5% no número absoluto de mortes por sinistro de trânsito. As lesões causadas por sinistros com motocicletas constituem um importante problema de saúde pública, pois são uma das principais causas de incapacidade e morte no mundo⁽¹⁻⁵⁾.

OBJETIVO

Descrever a tendência do número de vítimas por sinistros de trânsito com motocicletas em rodovias federais brasileiras no período de 2007 a 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de séries temporais com dados secundários de domínio público, disponibilizados pela Polícia Rodoviária Federal. Foram analisados sinistros de trânsito com motocicletas nas rodovias federais brasileiras de 2007 a 2022. Em seguida, utilizou-se o método de Prais-Winsten para o cálculo da variação percentual anual (VPA) do número de vítimas de sinistros de trânsito com motocicletas. Com base no valor da VPA, a tendência foi considerada crescente, decrescente ou estacionária. Classificou-se a tendência como estacionária nos casos em que coeficiente da equação de regressão relativo a esse componente não foi significativamente diferente de zero ($p > 0,05$). O estudo

1 Universidade de Brasília. E-mail: larissass012@gmail.com

utilizou dados de acesso público e, por isso, não foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa. Este trabalho foi realizado com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF).

RESULTADOS

No período de 2007 a 2022, houve 517.756 vítimas por sinistros de trânsito com motocicleta em rodovias federais brasileiras. Os anos com o menor e maior registro de vítimas foram 2007 (n= 24.184, 4,67%) e 2011 (n= 39.619, 7,65%), respectivamente.

Os fins de semana registraram maior número de vítimas. Mais de um terço das vítimas são de sinistros que ocorreram aos sábados (n=88.243; 17,04%) e domingos (n=89.425; 17,27%). O número de vítimas se distribui de modo quase uniforme ao longo dos meses do ano, sendo a maior frequência registrada no mês de dezembro (n=46.717; 9,02%).

Identificou-se que em relação ao sexo, 81,95% das vítimas (n=424.299) é homem. Em relação ao estado físico da vítima, a maioria dos motociclistas do sexo masculino foi considerada ferido leve (n= 237.114; 56,41%). O número de vítimas fatais entre homens é quase 10 vezes maior do que entre mulheres.

Observou-se aumento anual de aproximadamente 15,00% (VPA de 14,73; IC95%: 13,01; 16,48) no número de vítimas de sinistros de trânsito com motocicletas nas rodovias federais brasileiras. A partir de 2011, identificou-se um decréscimo significativo de cerca de 5% (VPA de -5,37; IC95%: -7,44; -3,26) ao ano. Entre 2016 e 2022, a diminuição foi menos acentuada (VPA de -1,27; IC95%: -2,17; -0,36). Verificou-se aumento no Brasil e em todas as regiões até 2011, com destaque para o Nordeste, que teve maior aumento percentual anual de vítimas (VPA de 18,89; IC95%: 16,39; 21,45) e o Norte (VPA de 16,00; IC95%: 13,84; 18,20). De 2011 até 2016, houve uma redução anual no número de vítimas de sinistros de trânsito com motocicletas em todas as regiões, com exceção do Centro-Oeste, em que houve estabilidade. Após 2016, algumas regiões mantiveram tendência de redução menos acentuada, e outras de estabilidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Observou-se tendência de aumento no número de vítimas em sinistros com motocicletas no Brasil e na maioria das macrorregiões até 2011. Nos anos subsequentes houve tendência de redução no País, com declínio mais acentuado até 2016. No período mais recente, as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram tendência de estabilidade.

Destaca-se a importância de políticas públicas direcionadas aos sinistros de trânsito com motocicleta dado seu impacto nas internações e custos no sistema de saúde público principalmente nas rodovias federais, visto a velocidade desse tipo de via em relação às demais. Medidas de educação, fiscalização e infraestrutura adequada podem contribuir significativamente para a redução dos sinistros,

principalmente em regiões de menor nível socioeconômico, visto que, nessas áreas o aumento da frota de motocicletas é acompanhado por baixos índices de habilitação dos condutores e uso reduzido de equipamentos de segurança, como capacetes.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana da Saúde. A motocicleta no trânsito nas Américas [Internet]. 2018 [citado 1 abr 2025]. Disponível em: [PAHO/WHO | Pan American Health Organization](#)
- (2) World Health Organization. Preventing injuries and violence: an overview [Internet]. 2022 [citado 2025 abr 1]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047136>
- (3) World Health Organization. Global status report on road safety 2023 [Internet]. 2023 [citado 1 abr 2025]. Disponível em: [Global status report on road safety 2023](#)
- (4) Carvalho CHR, Guedes EP. Balanço da primeira década de ação pela segurança no trânsito no Brasil e perspectivas para a segunda década. Brasília, DF. Ipea, nov. 2023. Disponível em: [NT_42_Dirur_Balanco.pdf](#)
- (5) Oltaye Z et al. Prevalence of motorcycle accidents.. Open Access Emerg Med. 2021 [citado 2025 fev 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/oaem.s29151>

TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS ACERCA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE ENTRE SUS E SUAS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Geisa Santos Valbuza¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das principais causas de mortalidade por doenças infecciosas no mundo, superando a COVID-19 e o HIV/AIDS em 2023. No Brasil, foram registrados 80.012 casos no mesmo ano, com elevada concentração nas regiões mais vulneráveis [1,2]. A persistência da TB está diretamente associada aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), como pobreza, baixa escolaridade e acesso precário aos serviços [3,4]. A Estratégia “End TB”, da OMS, estabeleceu metas ambiciosas de erradicação até 2050, e o Brasil tem buscado ações intersetoriais entre SUS e SUAS para atender essas diretrizes [1,2]. Entretanto, observa-se um desafio constante na implementação dessas políticas, dado o impacto das desigualdades sociais no desfecho clínico dos pacientes [3,5]. Nesse contexto, entender a produção científica sobre os DSS e a intersectorialidade no tratamento da TB é fundamental para nortear políticas públicas mais efetivas e integradas.

OBJETIVO

Analisar as principais tendências das produções científicas brasileiras, no campo da saúde coletiva, sobre os Determinantes Sociais de Saúde e a articulação intersetorial entre o SUS e o SUAS no enfrentamento e tratamento da tuberculose.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa baseada em teses e dissertações brasileiras disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e na BDTD. A busca foi realizada entre fevereiro e março de 2025, utilizando combinações dos descritores “Determinantes Sociais de Saúde”, “intersectorialidade” e “tuberculose”. Após critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 12 produções. Os dados extraídos incluíram título, local, tipo de produção, palavras-chave, resultados e metodologias. A análise foi realizada a partir da leitura dos resumos, observando recorrências temáticas, enfoques regionais e abordagens teóricas. Por tratar-se de revisão, o estudo não foi submetido a comitê de ética, respeitando-se os conteúdos originais das produções analisadas [6].

RESULTADOS

Foram analisadas 12 produções, sendo 6 teses e 6 dissertações. A maioria foi desenvolvida na região Sudeste, com destaque para USP, UFES e Fiocruz. Nenhum estudo abordou diretamente a

1 Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. E-mail: geisavalbuza@gmail.com

intersectorialidade entre SUS e SUAS no tratamento da TB. Em relação aos DSS, 58,3% apontaram associação entre vulnerabilidade social e mortalidade por TB [3,5]. Medidas como programas de transferência de renda, melhoria nas condições de vida e apoio material (vale-transporte, cestas básicas) demonstraram impacto positivo na adesão ao tratamento [7]. Evidenciou-se maior incidência e mortalidade entre homens, pessoas com baixa escolaridade e moradores de favelas ou áreas rurais isoladas [4,5]. Estudos com análise espacial e ecológica revelaram heterogeneidade na distribuição da TB e reforçaram a importância de ações locais integradas [5,7]. A baixa cobertura de políticas intersectoriais sugere necessidade de avanço na articulação SUS-SUAS [2,5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública, fortemente associado a desigualdades sociais. O enfrentamento da TB no Brasil exige abordagens que transcendam o modelo biomédico, com políticas públicas integradas entre saúde e assistência social. Apesar da importância da intersectorialidade, ainda há escassez de produções científicas que abordem essa articulação no tratamento da doença [5,7]. As pesquisas analisadas evidenciam que pobreza, baixa escolaridade, insegurança alimentar e falta de suporte institucional são barreiras críticas à adesão ao tratamento [3,4,7]. O reconhecimento da intersectorialidade como dimensão estratégica para o controle da TB ainda é incipiente no campo científico, evidenciando a necessidade urgente de transversalizar a política de saúde com a política de assistência social no Brasil. Torna-se fundamental o fortalecimento das ações intersectoriais entre SUS e SUAS, pautadas pela equidade, justiça social e proteção social, visando à erradicação da TB como problema de saúde pública [2,5].

REFERÊNCIAS

- (1) WHO. Global Tuberculosis Report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024.
- (2) Brasil. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
- (3) Maciel EL, Reis-Santos B. Determinants of tuberculosis in Brazil: from conceptual framework to practical application. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38:28–34.
- (4) Di Gennaro F, Pizzol D, Cebola B *et al*. Determinants of therapeutic failure and multidrug resistance in tuberculosis: a review. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. 2021; 22:100215.
- (5) Ferreira HS. Determinantes sociais da tuberculose em sete capitais brasileiras [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2021.
- (6) Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):v–vi.
- (7) Orlandi GM. Os incentivos e medidas de proteção social na adesão de pacientes ao tratamento da tuberculose no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020.

TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL: CONSTRUYENDO ESTRATEGIAS INTERDISCIPLINARIAS EN EL CONTEXTO ARGENTINO

Lorena Analía López¹

Paola Ageitos

INTRODUCCIÓN

El Presente trabajo intentará invitar a la reflexión sobre la intervención del Trabajo Social en Argentina y la resignificación de demandas institucionales enmarcadas en la normativa de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (1) sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013. A partir de la experiencia empírica a la que podemos acceder en el Centro Comunitario de Salud Mental de la Ciudad de Ensenada, provincia de Buenos Aires, donde una de nosotras es equipo de trabajo en la atención de las infancias y la otra es docente de la cátedra de Trabajo Social V de la Facultad de Trabajo Social UNLP donde este espacio constituye un Centro de Prácticas para la formación preprofesional de los estudiantes que cursan la materia.

De este modo decidimos compartir una de las tantas situaciones vividas y discutidas en las reuniones de equipo que realizan los trabajadores del Centro Comunitario, donde también participan los estudiantes aportando su mirada vinculada a la formación, acompañada por las docentes en el espacio pedagógico áulico. Esta articulación ofrece la pausa necesaria para realizar un análisis de la situación, problematizando y buscando estrategias de intervención para las trayectorias vitales e itinerarios terapéuticos que puedan sobrevolar esta cuatriada basada en el neoliberalismo, patriarcado, colonialidad y capacitismo.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo se centra en cómo intervenimos desde el Trabajo Social como parte de un equipo interdisciplinario en el Centro Comunitario de Salud Mental. Es por ello por lo que nos parece importante partir desde nuestro posicionamiento entendiendo el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso situado en una sociedad y en un momento determinado, atravesado por múltiples dimensiones, biológicas, sociales, culturales, políticas y emocionales. (2) La Salud Mental es parte indivisible de la Salud y el bienestar de los sujetos.

METODOLOGÍA

Como Trabajadoras Sociales insertas en el sistema de la salud, en el área de la Salud Mental, recurrimos a herramientas metodológicas, que nos permiten construir una mirada profesional, fundada en un posicionamiento ético-político diseñando intervenciones en pos de los derechos de los sujetos.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: alopez@trabajosocial.unlp.edu.ar

En este sentido, nuestro aporte se relaciona con contextualizar históricamente la situación, recuperar la dimensión social de un padecimiento, incluir perspectiva de género, indagar el recorrido institucional previo de la persona, poner el foco en la familia como demandante y no solo como sujetos que padecen, entre otras construidas de forma artesanal. Orientar en torno a programas o planes estatales, articular con otros efectores de salud, instituciones y sectores sociales. Referenciando en su contexto territorial más cercano y articular con otras (3)

El fuerte impulso de la profesión del Trabajo Social en los equipos de salud se imprime dentro de un proceso de puja en la interpelación al modelo de la atención curativa en salud propia de los modelos clásicos de la salud pública. Se trata de traspasar las paredes institucionales en la creación de abordajes comunitarios en el marco de una explicitación de una política que aporte una mirada integral a los problemas de la población.

RESULTADOS

Es necesario reconstruir el itinerario terapéutico en nuestras intervenciones, ya que supone contemplar la historicidad de los acontecimientos incluyendo tanto la búsqueda de bienestar o respuesta y también aquello que se dejó de hacer, recuperando la perspectiva del sujeto en cuanto a circunstancias, sentimientos y reflexiones del contexto que posibilitan situar a esas sucesiones de interacciones. (4)

Sin embargo, estas tensiones pueden ser desnaturalizadas y analizadas debido a lo que Danel (5) define como la matriz cuatriada que impregna la distribución, acceso y percepción con relación a las necesidades de cuidado. En este sentido, las desigualdades de género, etnia y edad traman modos diferenciales de percepción de padecimientos y malestares. (6)

Poner énfasis en entender cómo las familias y las personas construyen los problemas; conocer el nivel de relevancia sobre lo que están padeciendo, incorporando cómo lo viven, qué desean cambiar y con qué recursos y herramientas cuentan para enfrentarlos. Literalmente, es la incorporación de la mirada de la persona en el armado de su proyecto de salud singular, entender su modo de vida conjugándose con las miradas y saberes del equipo. (7)

La construcción de este tipo de relaciones propone un modo de organización diferente para el trabajo en salud: es un diseño desde la interdisciplinariedad que aporte a la construcción del problema entre varias miradas y saberes, y que supere los modos asimétricos instalados en la derivación o la interconsulta, pensándola como propuesta alternativa que trascienda y sustituya a la atención por demanda espontánea.

CONSIDERACIONES

Teniendo en cuenta las representaciones que dominan las prácticas en el campo de la salud y en la necesidad de deconstruir el entramado de relaciones cada vez más complejas y opacas que se

corporizan en los espacios institucionales y sus prácticas, resultan necesarias miradas interdisciplinarias conjuntas en el problema que den lugar a la escucha, a la pregunta y a la desnaturalización de los procesos de trabajo y sus lógicas. (8).

En estos tiempos, los problemas que se presentan adquieren una trama de tal complejidad que obliga a trascender las acciones circunscritas en la inmediatez del hacer para diseñar estrategias más integrales.

Cada persona tiene su propia historia y construcción del problema, por cuanto no puede haber estrategias universales para enfrentarlos, sino diseños singulares. Y estos diseños deben comprender cómo piensan y reconocen su problema quienes lo sobrellevan.

REFERENCIAS

- (1) Argentina. Ministerio de Justicia de la Nación, [Internet] Publicada en el Boletín Oficial del 03-dic-2010.
- (2) Menéndez E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud colectiva v.1 n.1 Lanús ene./abr. 2005. p.9-32. ISSN 1851-826.
- (3) Madeira S., Fernández Vecchio M., Grondona C., Ismach S. y Riqué D. El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero. Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social"- Miradas sobre la intervención- 2011 Año 1-Nro. 2 p.21-27.
- (4) Brovelli K. El acceso a la atención de la salud y la rehabilitación en la Ciudad de Buenos Aires: recorridos diversos de las personas con discapacidad y sus familias. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2021.
- (5) Danel P. Cursos vitales, envejecimiento y organización social de los cuidados". Pertenece al libro: "Envejecimiento y cultura: Reflexiones respecto de la pandemia, formación e investigación interdisciplinaria". Ediciones UCM; 2023. p. 50-71.
- (6) Danel P, Branca V. Clase 4: Las intervenciones en salud como posibilidad. Seminario: Intervenciones sociales en salud y trayectorias vitales. Carrera de Especialización en Intervenciones Sociales en Salud y Estrategias de Cuidado. 2024.
- (7) Venturiello M. Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares Physis. 2012;22(3):1063-1083.
- (8) Wagner MA. Has recorrido un largo camino, muchacha..." Reconstrucción de itinerarios de mujeres en situación de violencia en el ámbito doméstico. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

TRANSFORMANDO VIDAS A TRAVÉS DEL ARTE, LA INVESTIGACIÓN Y LA RESILIENCIA - INTERVENCIÓN PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA MIGRANTE EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Sergio Gómez Molina¹
Sandra Milena Alvarán López

INTRODUCCIÓN

Partiendo del reconocimiento de la migración como un fenómeno multidimensional y de alto impacto psicosocial, el proyecto AIRE propuso una intervención basada en enfoques cualitativos, integrando la investigación acción participativa (IAP) y la investigación-creación en artes. Esta metodología permitió comprender las experiencias infantiles desde sus propios lenguajes expresivos y simbólicos, a través de talleres artísticos que estimularon la narrativa, el juego, la música y la expresión corporal. La intervención se estructuró en tres fases: diagnóstico inicial, desarrollo de seis talleres artísticos y evaluación final. Se aplicó el test JJ46 para medir niveles de resiliencia, acompañado de entrevistas, diarios de campo y análisis de producciones artísticas. El estudio se apoyó en referentes como Cyrulnik y Vanistendael (1), quienes consideran la resiliencia un proceso promovido por el afecto, la creatividad y el sentido vital.

El equipo interdisciplinar trabajó con ética y sensibilidad, garantizando la protección emocional de los participantes y la confidencialidad de la información. Entre los resultados esperados figuraron una obra dramaturgica y una guía pedagógica replicable en contextos similares. En síntesis, el proyecto posicionó el arte como herramienta transformadora en la reconstrucción del sentido, dando protagonismo a la infancia migrante como sujeto activo de cambio y generador de paz.

OBJETIVO

Implementar y evaluar modelo de intervención Arte, Investigación y Resiliencia (AIRE) con niños, niñas y adolescentes en entornos de vulnerabilidad por el fenómeno de la migración. Con el objetivo de establecer una línea de base sobre el estado inicial de la resiliencia de cada participante. Las entrevistas no solo indagaron por aspectos narrativos del fenómeno migratorio, sino que también permitieron identificar expresiones simbólicas y no verbales como dibujos, gestos y silencios, enmarcados siempre en el consentimiento y asentimiento informado.

METODOLOGÍA

El proyecto se fundamentó en enfoques cualitativos que integraron la IAP y la investigación-creación desde el campo de las artes (2). Este enfoque híbrido permitió abordar de forma profunda y sensible las realidades de niños, niñas y adolescentes migrantes, combinando técnicas de indagación,

1 Universidad de Antioquia. E-mail: sergio.gomezm@udea.edu.co

intervención y análisis que valoraron tanto la dimensión objetiva como la subjetiva de la experiencia vivida. En la primera fase, se aplicaron entrevistas semi-estructuradas y el instrumento JJ46, una escala psicométrica tipo Likert validada en Colombia. En la segunda fase se llevó a cabo la implementación del modelo de intervención AIRE, a través de seis talleres artísticos, realizados de forma mensual durante seis meses consecutivos. Cada taller se desarrolló en dos sesiones consecutivas de cinco días, y abordó temas como la estimulación musical, el clown y juego (3), así como las artes visuales vinculadas al conflicto y la expresión emocional. Esta estructura favoreció la continuidad del proceso creativo y la profundización en las narrativas personales y colectivas de los participantes. Los talleres fueron espacios dialógicos de creación donde niños, niñas y adolescentes se constituyeron en protagonistas del conocimiento, expresando sus vivencias a través de la música, el cuerpo, el ritmo y el juego. La metodología adoptó un enfoque fenomenológico y narrativo, entendiendo que las experiencias de migración y desplazamiento solo podían ser comprendidas plenamente desde el punto de vista de los sujetos que las vivieron. El análisis de datos incluyó una triangulación entre los resultados cuantitativos del test JJ46 (pre y post intervención), las entrevistas, las producciones artísticas y los registros de observación.

RESULTADOS

La implementación del modelo AIRE evidenció transformaciones significativas en los participantes. Los resultados cuantitativos del test JJ46 mostraron un incremento estadísticamente relevante en las dimensiones de resiliencia evaluadas: autoestima, expresión emocional, funcionalidad familiar y pensamiento crítico. Las entrevistas y producciones artísticas revelaron procesos de resignificación del fenómeno migratorio, en los que los participantes transitaban desde relatos de pérdida y desarraigo hacia expresiones de fortaleza, adaptación y proyección vital.

Los talleres facilitaron la emergencia de nuevas narrativas donde el arte funcionó como puente entre la vivencia emocional y la reconstrucción simbólica. Las observaciones recogidas en los diarios de campo evidenciaron una mejora en la capacidad de los niños para relacionarse, expresar emociones y generar vínculos de confianza. Además, se constató un fortalecimiento del sentido de pertenencia, la creatividad y el humor como recursos protectores ante la adversidad. Las técnicas utilizadas favorecieron la exploración del mundo interno de los participantes, permitiendo emerger memorias, emociones y significados esenciales para el proceso de transformación y reconstrucción psicosocial. El enfoque de investigación-creación permitió que las producciones artísticas no solo sirvieran como evidencias, sino como testimonios estéticos de resiliencia.

CONSIDERACIONES

El modelo AIRE, fundamentado en una metodología cualitativa, participativa y artística, permitió comprender y transformar experiencias de migración desde una perspectiva integral. El arte se consolidó como una vía legítima y eficaz para acompañar procesos de recuperación emocional,

fortalecimiento de la identidad y resignificación del conflicto. El diseño metodológico —ético, sensible y contextualizado— generó condiciones adecuadas para que los participantes se expresaran libremente y se convirtieran en agentes activos de su propio proceso de reconstrucción.

Se concluyó que una intervención basada en la investigación-creación no solo mejora habilidades resilientes individuales, sino que también impacta positivamente en la dimensión colectiva, fortaleciendo el tejido social y favoreciendo entornos escolares más empáticos e inclusivos. Así, el modelo demostró ser aplicable en contextos educativos y comunitarios, ofreciendo herramientas prácticas para abordar el trauma migratorio con un enfoque humanista, innovador y profundamente ético.

REFERENCIAS

- (1) Cyrulnik B, Vanistendael S. Los patitos feos: La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2003.
- (2) Castillo S. Algunas reflexiones sobre la investigación creación. Diálogos sobre investigación-creación. Perspectivas, experiencias y procesos en la Maestría en Estudios Artísticos Facultad de Artes ASAB. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2016.
- (3) Bonange JB, Sylvander B. Voyage sur la diagonale du clown. Paris: L'Harmattan; 2012.

TRANSIÇÃO RACIAL: UM OLHAR SOBRE ASPECTOS DA AUTODECLARAÇÃO DE RAÇA/COR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS PELO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ENTRE 2008 E 2024

Sergio Paulo Carvalho de Souza¹

Alexandre Pinto Mendes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Souza (1) problematizou a decisão administrativa da burocracia intermediária do Ministério da Saúde (MS) que a partir de maio de 2023 determinou que não seriam mais aceitos registros de procedimentos de saúde sem o preenchimento do campo raça/cor. Tal decisão foi lastreada na Portaria MS nº 344/2017, a qual determina que profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) declararem a raça/cor de pacientes, por algum motivo, impossibilitados de fazê-lo. A falta de preenchimento do referido campo era indicada pela opção 99 – sem informação.

Analisando os dados, Souza percebeu que o código 99, nos microdados de autorização de procedimento de alta complexidade (Apac) de quimioterapia, de 2010 até antes do governo Bolsonaro e da pandemia, no Estado do Rio de Janeiro (ERJ), esteve sempre igual ou inferior a 10,00%. Esse número é o grau de incompletude do quesito raça/cor. Além deste achado, percebeu-se queda da frequência relativa de pacientes que se autodeclaravam de raça/cor branca ao passo que houve expressivo avanço dos que se autodeclararam de raça/cor parda, isso num contexto de expansão da oferta de quimioterapias pelo SUS no ERJ.

Ao movimento da alteração do padrão racial, o qual se asseverou com o fim do código 99, quando houve um salto, se chamou transição racial. É o que se explora no presente texto.

OBJETIVO

Categorizar quantitativamente e discutir o fenômeno da transição racial percebido entre pacientes oncológicos tratados com quimioterapia pelo SUS no ERJ entre 2008 e 2017.

METODOLOGIA

O estudo tem natureza qualiquantitativa. Explora documentos públicos: políticas – Estatuto da Igualdade Racial (2) e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [] – e um registro administrativo, denominado autorização de procedimento ambulatorial de alta complexidade (Apac) de quimioterapia. A Apac é espécie do gênero instrumento de registro, mecanismo de natureza

1 Instituto Nacional de Câncer. E-mail: sergiopaulo@id.uff.br

burocrática adotado no Brasil para oficialização do cuidado em saúde prestado pelo serviço público, antes mesmo da existência do SUS, com finalidade em custeio e controle.

Os microdados de Apac carregam informações de pacientes, dentre as quais o quesito racial, segundo as categorias: branca, preta, parda, amarela ou indígena, ou a falta do mesmo, opção 99, até abril de 2023. Realizou-se um levantamento censitário dos microdados de Apac de janeiro de 2008 até dezembro 2024. Empregou-se análise descritiva sobre os dados escolhidos.

RESULTADOS

De janeiro/2008 e até dezembro/2024, observando-se as Apacs de quimioterapia do ERJ, verifica-se a tendência decrescente do percentual de indivíduos autodeclarados de raça/cor branca, a qual atingiu o ápice em março de março/2009, com 60,98%, em dezembro/2024 era da ordem de 38,38%. Enquanto o percentual de sujeitos que se autodeclararam pardos sai de 3,86% em janeiro/2008 e atinge 42,91% no fim de 2024. Desde abril/2022, o percentual de pardos (39,14%) é superior ao de brancos (37,08%). No Brasil, prevalece o entendimento político, conforme o Estatuto da Igualdade Racial (EIR) (Brasil, 2010), de que a população negra é composta pelos sujeitos autodeclarados de raça/cor preta ou parda, em consonância com a metodologia para coleta do quesito racial utilizada pelo IBGE. Nesse caso, a transição estaria mais avançada, dado que o tamanho da população negra se dá pela adição das frequências relativas de pretos e pardos, e superaria a branca no contexto sob comento em março de 2019, quando se afere 44,49% de negros e 43,56 de brancos. Ao fim de 2024, havia 58,81% no primeiro grupo.

O fim do código 99 fez a série saltar, sobretudo entre pardos. A transição racial se dá no sentido do empardecimento, de branco para pardo. A população sob comento se enegrece se enegrece. O movimento é acompanhado no tempo pelo acréscimo nas médias etárias, que evoluem de 59,51 anos (janeiro/2008) para 64,65 anos no fim de 2024; também pela piora do quadro de saúde com a redução de pacientes em Estádio I e acréscimo de pacientes em Estádio IV. O contexto é expansivo tanto em ofertas de quimioterapia (em janeiro/2008 havia 16 prestadores, em dezembro/2024, 27), quanto de pacientes atendidos, cujo número cresceu no período cerca 2,6 vezes, saindo de 8.913 e chegando a 23.205 pacientes/mês.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O objetivo do estudo foi razoavelmente atingido, a transição racial havida entre os pacientes oncológicos, que utilizaram serviços de quimioterapia pelo SUS no ERJ foi quantitativamente categorizada. Duas hipóteses básicas explicativas para o fenômeno são: i. a conscientização racial de pacientes que se declaravam de raça/cor branca, passaram a se identificar como pardos, influenciados por políticas afirmativas, como as cotas raciais para vagas nas universidades, cargos e empregos públicos, o EIR e a própria PNSIPN; ii. a expansão da oferta de quimioterapias no ERJ enfraquece da estrutura racista que obstaculizava o acesso da população aos cuidados de quimioterapia. É bem provável que ambas as hipóteses sejam interdependentes.

O estudo carece de considerar mais variáveis. É promissor. Cabe verificar se fenômeno semelhante ocorre em outros estados do Brasil e se pode ser captado por outros instrumentos de registro em saúde pública.

REFERÊNCIAS

- (1) Souza, SPC. O fim do código 99: um olhar sobre a relação entre a burocracia e o enegrecimento de pacientes oncológicos assistidos pelo SUS no Estado do Rio de Janeiro. In: ENCONTRO DA ANPAD, 47., 2024, Florianópolis. Anais eletrônicos [...]. Maringá: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2024. Disponível em: <http://www.anpad.org.br>.
- (2) Brasil. Lei nº 12.888, 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília, DF: Presidência da República; 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm.
- (3) Brasil. Ministério Da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

TRANSMASCULINIDADES E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS DENTRO DO AMBULATÓRIO IDENTIDADE

Leonardo Morjan Britto Peçanha¹

Marcos Nascimento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato de experiência tem a intenção de visibilizar o trabalho do Profissional de Educação Física (PEF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) dentro do Ambulatório Identidade Transdiversidade da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PPC/UERJ).

O Ambulatório Identidade foi inaugurado no ano de 2022. Logo, o projeto Identidade, Ambulatório de Transdiversidade na Policlínica Piquet Carneiro da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PPC/UERJ) está recebendo pacientes que possuam questões que impactem a saúde e que sejam relacionadas a diversidade de gênero e que precisem serem cuidadas e trabalhadas por equipes multiprofissionais de saúde. O objetivo do ambulatório é, através do cuidado multidisciplinar, oferecer cuidados em saúde, acolhimento, assistência especializada e reposição hormonal, gerando uma melhor qualidade de vida a essas pessoas. O serviço é gratuito e pensado de outras formas, mais inclusivas e menos biomédicas a prática do cuidado com pessoas trans. O ingresso se dá pelo Sistema de Regulação (SER) do governo do estado.

O acompanhamento é individualizado e multidisciplinar às questões identitárias de gênero e diversidade, de forma a cuidar das pessoas trans, em âmbito ambulatorial, de maneira integral, de forma que se sintam acolhidas e atendidas nas suas necessidades, tem o Prof. Dr. Rogerio Bosignoli como sendo Unidade Docente-Assistencial (IDA) de

Endocrinologia do Hupe-Uerj e, a Profa. Dra Marcia Brasil, que também é assistente social, em conjunto com a médica endocrinologista Carolina Cunha que são as coordenadoras do Ambulatório Identidade.

A equipe é composta diversos profissionais de saúde pensando e abrangendo a Política Nacional de Saúde LGBT, onde está o Processo Transexualizado do SUS: endocrinologia, psiquiatria, ginecologia, urologia, dermatologia, radiologia, psicologia, serviço social, enfermagem, fonoaudiologia, direito, pedagogia e profissional de educação física.

OBJETIVO

Conhecer o trabalho do Ambulatório Identidade Transdiversidade na perspectiva do Profissional de Educação Física no atendimento a homens trans e transmasculinos.

Objetivos específicos

Atuação do PEF no ambulatório identidade, na atuação do PEF junto a equipe multidisciplinar do Ambulatório Identidade no atendimento a homens trans.

METODOLOGIA

As pessoas que são atendidas no ambulatório passam a ser cuidadas por uma equipe multidisciplinar, que dentre os profissionais, o PEF, tem um papel inovador nessa política pública.

Após passar por outros profissionais de saúde, como endocrinologista por exemplo, o usuário é direcionado para o PEF, que recebe e faz o atendimento de acordo com a linha de cuidado de sua especialidade.

Primeiro, é realizada uma anamnese para saber sobre o corpo, saúde e vínculos ou não com a prática de atividade física. No segundo momento, é feito uma avaliação física onde são realizadas medições do corpo para se obter as medidas do corpo e poder realizar uma prescrição de treino que leve em consideração o que a pessoa precisa para promover e melhorar a saúde, assim como para realizar os objetivos da pessoa. No terceiro momento, a prescrição e orientação de treinamento e de atividades físicas, que vão ajudar a promover e melhorar a saúde, são realizadas e passadas para cada pessoa.

São atendidos homens trans, transmasculinos, mulheres trans, travestis e pessoas não binárias na atuação do ambulatório. Porém, para este trabalho, apenas vamos abordar sobre as transmasculinidades e atuação do PEF com esse público específico.

RESULTADOS

Existe uma pluralidade de possibilidades de corpos transmasculinos. Os que fazem uso de reposição hormonal e modificações corporais, mas também os que nada fazem. Devido a falta de recursos financeiros a ter alguma doença específica que impeça as modificações, além de não querer e optar por não fazer mudanças.

Para os que fazem reposição hormonal os índices de testosterona ficam no mesmo de um homem cisgênero. As diferenças costumam ser mais internas de acordo com as características peculiares, como por exemplo, ter tido útero e seios ou fazer a cirurgia para retirar.

Em relação a homens trans e atividade física, existem autores como Jéssica Leite Serrano, Iraquitan de Oliveira Caminha e Isabelle Sena Gomes com o artigo “Homens Trans e atividade física: a construção do corpo masculino”, publicado em 2019 que trazem a importância da prática de atividade física para homens trans e o dado de que a musculação é o exercício físico mais praticado por homens trans. [1] Outro trabalho nessa direção é o de Lucas Afonso de Souza e Tatiane Calve, “Corpos trans em movimento nas práticas corporais na vida de mulheres e homens transexuais”, que fala sobre como as práticas corporais afetam a vida de homens e mulheres trans, publicado em 2024. [2] Esses artigos evidenciam a importância da atividade física na vida de homens trans, assim como na prática profissional no ambulatório.

Muitos relatam que além de ajudar a moldar o corpo, o treinamento de força, musculação, que é o mais praticado pelos usuários, ajuda na percepção corporal e na construção da masculinidade trans, também para aqueles que não podem ou não fazem reposição hormonal. É para além do estético, é para saúde e bem estar. Praticar atividade física entre amigos trans também é uma maneira de socializar muito interessante.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Existem muitos desafios que podem impedir a prática de atividade física, desde questão financeira a transfobia, mas a atuação especializada do PEF pode minimizar essas violências e melhorar a qualidade de vida de homens trans que entendem que a prática de atividade física, pode trazer além do bem estar uma promoção da saúde e cuidados com o corpo para uma longevidade. É papel do PEF se qualificar e estar sempre se atualizando para poder ter sempre um atendimento humanizado, seja no SUS ou fora dele.

REFERÊNCIAS

- (1) Serrano JL, Caminha IO, Gomes, IS. Homens Trans e Atividade Física: a construção do corpo masculino. Revista Movimento. 2019;25:1-12.
- (2) Souza LA de , Calve T. Corpos trans em movimento nas práticas corporais na vida de mulheres e homens transexuais. Corpoconsciência. 2024;28:e17969. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/17969>

TRATA DE PERSONAS, SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. UN ENTRECruzAMIENTO NECESARIO

Agostina Tosi¹

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue elaborado en el marco del diseño de un Protocolo de Intervención en Salud, en el curso de la Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Córdoba–Argentina, cohorte 2023.

Tras la definición del problema de abordaje, a saber: dificultades en la detección de casos de trata de personas (T.D.P) de parte de profesionales de salud mental de una institución pública de salud en Tucumán, es que este trabajo buscó articular esfuerzos entre dicho organismo perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia y el Programa de Asistencia Integral a Víctimas de Trata de Personas del Ministerio de Desarrollo Social, con el objetivo de construir herramientas que contribuyan al conocimiento y sensibilización sobre T.D.P., enfocándose en la prevención, detección, asistencia y derivación, atravesado por una lógica de salud-atención-cuidados. Esto se vuelve primordial en situaciones en las que los derechos humanos de las personas asistidas estén gravemente afectados, tal es el caso de las víctimas de trata, recordando que la T.D.P. es un delito federal, constituyéndose en un desafío global en el panorama del crimen transnacional organizado.

La falta de acciones oportunas en materia de denuncia y derivación debe ser subsanada para cumplir con el deber del Estado de garantizar los derechos de las víctimas y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO

Fortalecer la detección de casos de Trata de Personas por parte de profesionales de la salud mental de una institución pública de salud en San Miguel de Tucumán.

1. Generar estrategias para la detección de la problemática de trata de personas en la comunidad de personas asistidas por parte de los/as profesionales de salud mental.
2. Construir herramientas de prevención y promoción de salud, en materia de trata de personas.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del protocolo de referencia en primera instancia se realizó una revisión de casos de víctimas de T.D.P. que fueron asistidos durante el periodo 2021-2022 por el Programa de Asistencia Integral. A continuación, se delimitó la problemática mencionada supra y a posteriori se diseñó el protocolo. Este último incluyó: Metas específicas, Indicadores Operativos y de Evaluación;

1 Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: agostina.tosi@gmail.com

Perspectiva de los Actores; diseño de un Cronograma de Actividades estimando 10 meses desde el inicio de su implementación, que incluía instancias de capacitación, análisis de casos, co-diseño de herramientas de para la prevención de trata y promoción de salud; Planificación de estrategias de detección; Presupuesto y Análisis de Factibilidad. Así mismo se contemplaban ulteriores espacios para la evaluación y análisis de la implementación del protocolo y posterior divulgación de datos y experiencia.

RESULTADOS

El Protocolo de Intervención en Salud diseñado no consiguió ser implementado hasta la fecha. Resulta importante aclarar que esta autora realizó los debidos intentos desde las áreas correspondientes, a saber: Secretaría de la Mujer del Ministerio de Desarrollo Social de Tucumán, y el Instituto de Ginecología y Maternidad del Ministerio de Salud de Tucumán, sin conseguir el acompañamiento y adhesión necesarios para su realización. Este asunto sería interesante de ser mencionado y desarrollado en el espacio de comunicación, en caso de participar como expositora en el Congreso.

CONSIDERACIONES

Sin derechos humanos no hay salud mental.

Según el ADC por los derechos de NNyA(1) la omisión en la observancia de los deberes que corresponden a los órganos gubernamentales del Estado, habilita a toda la ciudadanía a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos. La corresponsabilidad exige el conocimiento de todos los actores acerca de la normativa vigente, ya que nadie puede alegar desconocimiento de la ley para justificar su incumplimiento.

Las dificultades en la detección de víctimas de trata podrían estar dadas por asuntos institucionales, sociales, culturales, religiosas, etc. Esto impacta directamente en las mismas y dificulta que conozcan y ejerzan sus derechos, establecidos por la Ley 26.842(2).

Siendo la T.D.P. una problemática policausal y compleja, es que exige ser leída interseccionalmente y reclama un abordaje inter y transdisciplinario, para generar herramientas de prevención y construir estrategias para su asistencia.

REFERENCIAS

1. ADC por los derechos civiles. Niños, niñas y adolescentes: El sistema de Protección Integral Nacional e Internacional y el entorno digital. Argentina. 2022.
2. Argentina. Ley 26.842 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas. CPP. 2012.

TUTORIA DE CAMPO DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Ulian Dall Evedove¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi criada em 2005, fruto da parceria entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). A RMS é uma pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica), exceto a Medicina. A carga horária total das residências é de 5760 horas, devendo ser cumpridas em dois anos. É dividida em 80% de atividades práticas e teórico-práticas, e 20% de atividades teóricas. (1,2)

Na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), um dos cursos de RMS é o da área de concentração em Saúde Coletiva. A Estratégia Saúde da Família é um dos cenários de prática dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de Marília, localizado no interior de São Paulo. Além da prática profissional nesta USF, os residentes participam das tutorias de campo que são caracterizadas como espaços de reflexão teórico-prática, proporcionando o compartilhamento e a troca de saberes na construção de novos conhecimentos por meio da interface das diferentes profissões com a Saúde Coletiva, conceituada por Paim e Almeida Filho como um campo de conhecimento voltado para a compreensão da saúde e a explicação de suas determinações sociais. (3-4)

OBJETIVO

Relatar a experiência de um tutor das atividades de tutorias de campo relacionadas ao cenário de uma USF desenvolvidas em um Programa de Residência Multiprofissional na área de concentração em Saúde Coletiva no ano de 2024.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre tutorias de campo realizadas por um tutor com residentes do primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional na área de concentração em Saúde Coletiva da FAMEMA. A FAMEMA é uma instituição de ensino superior pública e estadual, localizada na cidade de Marília, interior do estado de São Paulo. Oferta cursos de RMS, sendo a Saúde Coletiva uma delas. Adota metodologias ativas nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação, sendo considerada pioneira, juntamente com a Universidade Estadual de Londrina, na implementação da Aprendizagem Baseada em Problemas.

1 Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: uliang@uol.com.br

A formação dos residentes em Saúde Coletiva baseia-se na prática profissional e na aprendizagem significativa por meio da ação-reflexão-ação, ou seja, seu currículo é integrado e orientado por competências, que são: atenção, gestão e educação em saúde. Especificamente para a Saúde Coletiva, cinco são as profissões que podem fazer parte do curso: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Os resultados deste relato foram organizados em duas partes, onde na primeira foi realizada uma contextualização do cenário de prática profissional e na segunda foram descritas as atividades realizadas nas tutorias de campo.

RESULTADOS

1. Contextualização do cenário de prática

A Atenção Básica de Marília possui 40 USF e oito Unidades Básicas de Saúde no modelo assistencial tradicional. Essas unidades são divididas nas regiões oeste, leste, norte e sul⁴. Uma destas USF, localizada na região sul, em um dos territórios mais vulneráveis da cidade, foi cenário de prática para as residentes. Essa USF era composta por duas equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo que uma delas atendia um conjunto habitacional constituído por cerca de 880 apartamentos voltados para pessoas de baixa renda que teve que ser desocupado por risco de desabamento. Embora as residentes fizessem parte da equipe que não cobria este território vulnerável, as mesmas conviveram com a desocupação compulsória deste local, fato que impactou no processo de trabalho na USF.

2. Descrição das tutorias de campo

A função do tutor, podendo ser qualquer docente da área da saúde, foi de realizar atividades de orientação acadêmica com foco em discussões das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas dos residentes no campo de conhecimento da Saúde Coletiva. Sendo assim, as tutorias, que aconteciam a cada 15 dias, foram espaços onde as residentes puderam fazer a reflexão de suas atividades. No primeiro semestre de 2024 participaram, além do tutor de campo, uma residente da psicologia e outra da enfermagem. No segundo semestre houve a participação de um trio composto por assistente social, enfermeira e farmacêutica. Considerando o contexto de vulnerabilidade vivenciado pelas residentes diante da mudança compulsória, ocorrida no primeiro semestre de 2024, as tutorias de campo tiveram como direcionamento o impacto que essa mudança causou nas necessidades individuais e coletivas da comunidade afetada, como também no processo organizacional da equipe.

Conclusões/Considerações

A experiência como tutor evidenciou a importância das tutorias de campo como espaços de reflexão teórico-prática. A vivência em um cenário de vulnerabilidade social, marcado pela desocupação compulsória de um conjunto habitacional, permitiu discutir os impactos nas necessidades individuais e coletivas da comunidade, bem como nos processos organizacionais da equipe de saúde. As tutorias promoveram a integração de saberes entre diferentes profissões, reforçando a interdisciplinaridade como pilar da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens; cria o Conselho Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2005 Jun 30; 238.
- (2) Brasil. Resolução nº5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e carga horária programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União. 2014 Nov 7; 217 (seção 1): 34.
- (3) Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Caderno do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde: saúde coletiva. Marília: FAMEMA; 2024.
- (4) Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. 2.ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023.

UM ESTUDO SOBRE A HESITAÇÃO VACINAL ENTRE ACADÊMICOS DO CPAR/UFMS

Ana Izabel Passarella Teixeira¹

Raquel Silva Barretto

Marina Alves Gomes e Oliveira

Maria Luísa Gonçalves Salgado

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Consolidado em setembro de 1973, o Programa Nacional de Imunizações do Brasil surgiu com a meta de converter as ações e campanhas episódicas em permanentes.[1] Ao longo dos 51 anos de existência, tornou-se um dos maiores e mais equânimes programas de imunização do mundo, tendo como resultado a erradicação de agravos como a varíola, a poliomielite, o tétano neonatal e a redução expressiva de doenças transmissíveis como a difteria, a rubéola e a coqueluche.[2] Paradoxalmente, a propagação da desinformação por meio das *fake news*, dificuldades nos sistemas de informação, a percepção da população de que não é preciso vacinar porque as doenças já “desapareceram”, culminaram na queda abrupta dos vacinados, antes mesmo da Pandemia de Covid 19. Após uma alta na década anterior, no ano de 2015, a cobertura de seis vacinas (Poliomielite, Meningocócica C, Hepatite A, Rotavírus, Pentavalente e Hepatite B) tornou-se uma preocupação para a saúde pública, dada a baixa adesão principalmente por parte dos pais e/ou responsáveis. [3]

OBJETIVO

Objetivou-se aplicar um questionário desenvolvido com base na matriz de determinantes da hesitação vacinal desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde [4] nos estudantes universitários do Campus Paranaíba da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul CPAR/UFMS com vistas à verificação da situação vacinal, além da análise das crenças e atitudes que corroboram com a não adesão à imunização por parte destes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, no qual todos os estudantes universitários matriculados até o ano de 2025 no CPAR/UFMS foram convidados a responder a um questionário semiestruturado online. Após a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (CAEE81569224.0.0000.0021 CEP FM/UFMS), o questionário foi previamente validado em um ensaio piloto.

1

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: ana.i.p.teixeira@ufms.br

RESULTADOS

As divulgações e convites para participações ocorreram pessoalmente e por meio das redes sociais da Universidade. Todos os materiais publicados continham um QR Code, que conduzia ao questionário. Atualmente, o CPAR/UFMS possui 531 alunos matriculados frequentando as aulas, desse total 32,9% (175) acessaram o questionário e, 97,7% (171) concordaram em responder as perguntas sobre hesitação vacinal. A Universidade possui quatro cursos em funcionamento: Medicina Veterinária, Administração, Matemática e Psicologia. Por curso de graduação a participação foi de: 43,3%(74) Medicina Veterinária, 39,2% (67) Psicologia, 11,7%(20) Administração e 5,8%(10) Matemática. Entre os respondentes, 7,6%(13/171) não sabem se o seu respectivo cartão vacinal infantil está completo e 24,6%(42/171) não possuem cartão vacinal adulto. As principais razões alegadas para a não imunização foram: 74,4% (61/82) não tiveram conhecimento da disponibilidade de determinadas vacinas nos serviços de saúde; 23,2%(19/82) encontraram dificuldades em acessar o serviço de saúde, 12,2%(10/82) relataram medo de possíveis reações adversas e 12,2%(10/82) afirmaram não acreditar que necessitavam realmente das vacinas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Um dado interessante da pesquisa foi a proporção de alunos que não dispõe de um cartão vacinal adulto, fator sugestivo das ausências de imunizantes nessa etapa, como é o caso da dose da tríplice viral aos 20 anos. [5] Outro achado diz respeito à baixa adesão dos alunos de cursos de graduação não diretamente relacionados à saúde. A conscientização entre os alunos dos cursos da saúde pode ocorrer pela facilitação do acesso à antirrábica para os ingressantes na veterinária, o que os direciona ao reforço das demais. Já entre a Psicologia, a maior busca pelo cumprimento dos estágios no SUS, tem levado os supervisores a situarem a imunização como essencial para a entrada na rede. Por fim, esse estudo fornece subsídios para a ênfase em ações de educação em saúde, que atinjam os futuros profissionais, reiterando os espaços universitários como locus centrais para o diálogo com a comunidade interna e externa.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>
- (2) Domingues CMAS et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Cadernos de Saúde Pública. 2020;36:e00222919.
- (3) Zorzetto R. As razões da queda na vacinação. Pesquisa FAPESP. 2018;270:18-24.
- (4) World Health Organization. 2014 Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. Disponível em: https://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/sage_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Vacinação, Calendário Vacinal de Adulto e Idoso. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>

UM OLHAR DA ENFERMAGEM SOBRE A SÍFILIS GESTACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana Barbosa de Araujo ¹

Mayara Guimarães de Souza

Vitoria Tamara de Souza Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A sífilis, doença infectocontagiosa de notificação compulsória, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, é um problema de saúde pública global e reemergente. Pode ser transmitida sexualmente ou da mãe para filho durante a gravidez, o que chamamos de transmissão vertical. Pode causar complicações graves, como abortos, prematuridade e morte neonatal. [1] No Brasil, apesar de existirem mecanismos diagnósticos de baixo custo, como os testes rápidos, e tratamento com penicilina, descoberto desde meados de 1950, a sífilis gestacional continua sendo um grave problema. [2] Nos últimos cinco anos, o número de casos aumentou e isso pode ser explicado por três fatores: 1. Maior disponibilidade de testes, se mais testes são realizados consequentemente mais resultados positivos vão aparecer; 2. Redução do uso de preservativos, já que, é um comportamento de risco que aumenta possibilidade de adquirir a doença e 3. Dificuldade de acesso à penicilina, que gera atraso no início do tratamento, tratamento incompleto/ineficaz e usuários sem tratamento. A Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha um papel importante, atuando como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e ajudando a fornecer informações sobre a saúde do indivíduo e da população, o que pode ajudar a alterar o cenário epidemiológico da doença.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é relatar à experiência de residentes do primeiro ano de enfermagem obstétrica e enfermagem em atenção básica no atendimento as gestantes com sífilis.

METODOLOGIA

O método utilizado para vivenciar essa experiência foram as consultas de Enfermagem realizadas por residentes de enfermagem obstétrica e enfermagem na atenção básica em uma unidade de saúde que trabalha com ESF situada em um município da região serrana do Rio de Janeiro. Os atendimentos ocorreram de Abril a Agosto de 2024.

RESULTADOS

Observou-se uma alta incidência de gestantes com sífilis, destacando a baixa adesão ao tratamento, a dificuldade em envolver os parceiros no tratamento, e o alto índice de reinfecções, que reforçam o tópico anterior sobre os parceiros sexuais não aderirem ao tratamento, gerando um ciclo de infecção-tratamento-reinfecção. Durante o pré-natal, é necessário realizar alguns exames ao longo

1 Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: enfamarianabarb@gmail.com

dos trimestres, em muitas vezes é a primeira vez que a mulher realiza testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, mesmo já tendo uma vida sexual ativa há anos. É um momento importante, que muitas vezes reflete infecções anteriores ao período gestacional e que ainda não foi tratada pelo desconhecimento do indivíduo. Quando o teste rápido de uma gestante positiva parasífilis, é necessário iniciar o tratamento imediatamente e acompanhar mensalmente o VDRL, exame que nos permite avaliar se o tratamento foi eficaz ou não, além da necessidade de contatar parcerias para realizar o tratamento também. [3] Outro problema identificado foi o comparecimento tardio ou insuficiente das gestantes às consultas de pré-natal, o que dificultou a realização de exames e tratamentos completos e eficazes. Conforme a PortariaMS/GM nº 766/2004, os testes rápidos devem ser feitos pelo menos duas vezes na gestação, preferencialmente no primeiro e terceiro trimestre e no momento da internação para o parto, devendo o tratamento ser concluído até 30 dias antes do parto para garantir a saúde do recém-nascido. [4] Com o início tardio do pré-natal e as faltas nas consultas não é possível garantir o tratamento adequado e finalizar com a antecedência necessária ao parto.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os atendimentos trouxeram reflexões e avanços na prática profissional dos residentes. Foi possível reformular a comunicação para abordar de forma clara e eficiente o público atendido, percebendo a importância do acolhimento e da participação do parceiro nas consultas de pré-natal, o que influencia na adesão ao tratamento de ambos. Foram observadas vulnerabilidades sociais, que afetam a compreensão e o desfecho do tratamento, devido a baixa escolaridade muitas gestantes não compreendiam a gravidade do problema. Uma outra questão é o medo da violência, por ser uma infecção sexualmente transmissível pode gerar desconfiança sobre traições. Vivenciamos inúmeras discussões dentro do consultório por resultados divergentes em casais que afirmam só terem um ao outro como parceiro sexual. E tantas outras lacunas que ficam devido as vulnerabilidades que os usuários possuem. Com esse trabalho foi possível buscar uma assistência integral e equitativa, com corresponsabilidade dos usuários.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis em gestantes. Brasília, DF: MS; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/gestantes>.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: MS; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
- [3] Fundação Oswaldo Cruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Sífilis: diagnóstico e tratamento na gestação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao/>.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 766 de 21 de Dezembro de 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0766_21_12_2004.html.

UMA LEITURA INTERSECCIONAL SOBRE ESTUDOS DE EGRESSOS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Nicolle Oliveira Barbosa¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A trajetória de vida de pessoas em sofrimento psíquico e egressas de internações psiquiátricas de longa permanência é permeada por violências e vulnerabilidades. Nesse sentido, a compreensão de seus sofrimentos não pode ser reduzida ou partir de um mero diagnóstico clínico, sem considerar seus contextos, suas localizações sociais e vulnerabilidades que experimentam. Uma perspectiva de compreensão unidimensional não é capaz de alcançar trajetórias tão complexas. Essas existências estão frequentemente sujeitas a múltiplas e sobrepostas formas de opressão, moldadas por fatores como raça, gênero, classe, sexualidade e condição de saúde. Assim, a interseccionalidade emerge enquanto uma categoria teórica e analítica que possibilita a leitura do social a partir de distintas e múltiplas opressões que se cruzam e atravessam a existência de cada pessoa (Mello e Gonçalves, 2010). Aos percursos pós-internação, é necessário questionar não apenas os serviços, percursos de cuidado e reinserção social, mas também as estruturas de poder que por vezes reforçam exclusões sobre certos corpos e existências.

OBJETIVO

Buscamos identificar como a perspectiva interseccional enquanto categoria teórica e analítica aparece nos estudos sobre egressos de internação psiquiátrica.

METODOLOGIA

Apresentamos a partir de revisão bibliográfica a discussão acerca da perspectiva interseccional nos estudos sobre egressos de internação psiquiátrica de longa permanência. Para tal, seguimos duas etapas de busca, na primeira delas realizamos a busca acerca dos estudos sobre egressos de internação psiquiátrica a partir dos descritores: *interseccionalidade and saúde mental*; *interseccionalidade and desinstitucionalização*. Tendo em vista a insuficiência do material encontrado, optamos por realizar a busca sobre o tema amplo dos estudos sobre egressos, e posteriormente, identificar presenças e lacunas da interseccionalidade acerca desse tema. Utilizamos como descritores para a busca “*desinstitucionalização*” and “*saúde mental*”; “*desinstitucionalização*” and “*itinerários terapêuticos*” nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) ; Scielo Brasil.

RESULTADOS

As pesquisas sobre egressos de internação psiquiátrica tendem a concentrar-se nos serviços de atendimento—especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em seus locais de moradia,

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: nicolleoliveira.psicologia@gmail.com

sobretudo no que se refere aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) -. Frequentemente nos estudos sobre egressos as dimensões sociais de suas trajetórias são negligenciadas, tais como raça, classe, território e gênero. No caso das mulheres, a invisibilidade do gênero como fator de opressão se traduz em serviços que não consideram como violências de gênero, sobrecarga de trabalho doméstico e exclusão econômica impactam seus itinerários terapêuticos (Andrade e Maluf, 2017). A interseccionalidade surge como ferramenta analítica possível para superar essa visão reducionista. Se, por um lado, a leitura biomédica prioriza diagnósticos e tratamentos, essa perspectiva permite localizar socialmente os sujeitos: quem são, onde vivem, quais violências estruturais enfrentam e como suas existências são atravessadas por múltiplas exclusões. Nos poucos estudos que incorporam essa lente, identifica-se que os egressos são, em sua maioria, pessoas negras, pobres, idosas e periféricas—populações historicamente marginalizadas que carregam, além do estigma do sofrimento psíquico, outras opressões (Massa e Moreira, 2023).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A interseccionalidade ainda emerge como uma categoria pouco explorada nos estudos em saúde mental, especialmente nas pesquisas sobre egressos de internações psiquiátricas. Como ferramenta analítica, ela permite desvendar as relações entre diferentes formas de opressão — como raça, gênero, classe e território — e os sofrimentos psíquicos vivenciados por essa população. Além disso, essa abordagem revela como o sofrimento é também social, exigindo uma análise contextualizada. Ao adotar essa perspectiva, evita-se a simplificação de experiências e narrativas, expondo como as opressões se entrelaçam e reforçam ciclos de exclusão e violência.

REFERÊNCIAS

- (1) ANDRADE, A. P. M. DE .; MALUF, S. W.. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface–Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 63, p. 811–821, out. 2017.
- (2) MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. B.. 30 anos após a intervenção no Anchieta, por onde andam os beneficiários do Programa de Volta Para Casa de Santos?. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 3, p. e220477pt, 2023.
- (3) MELLO, L.; GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos, [S. l.]*, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2157>. Acesso em: 15 abr. 2025.

UMA NOTA PRÉVIA DE CORPO EM MOVIMENTO: A BIODANÇA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE MULHERES

Clarissa Iensen Boff¹

Priscila de Melo Zubiaurre

Dilce Rejane Peres do Carmo

Daiana Foggiato de Siqueira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata-se de um projeto de dissertação vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O estudo investiga a biodança como prática integrativa na promoção da saúde mental de mulheres, articulando dança, serviço social e saúde mental.

Compreende-se que a saúde mental é um conceito ampliado que reflete condições históricas, culturais e sociais que moldam as relações humanas e os modos de cuidado. A partir dos anos 1970 rompe-se com o modelo biomédico e hospitalocêntrico, ampliando a visão sobre o sofrimento psíquico e reforçando a saúde mental como um direito universal e coletivo¹. Apesar dos avanços, as mulheres seguem atravessadas por opressões de gênero, classe, raça e sexualidade, ocupando papéis que reforçam a submissão e o silenciamento que limitam sua autonomia².

A biodança surge como um caminho para ressignificar o corpo como espaço de potência, promovendo reeducação afetiva, integração corpo-mente e fortalecimento dos vínculos coletivos³. Para as mulheres, essa prática representa uma possibilidade de ruptura com padrões patriarcais, resgatar a autonomia e reconstrução de narrativas de pertencimento, promovendo assim a saúde mental⁴. Este estudo busca contribuir para o fortalecimento do cuidado humanizado e a ampliação do debate sobre práticas integrativas, promovendo caminhos para a equidade e emancipação social.

OBJETIVO

Este estudo busca compreender o significado atribuído pelas mulheres à biodança na promoção de sua saúde mental. Considerando as desigualdades estruturais que impactam a saúde feminina, investiga-se como essa Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS), pode contribuir para a ressignificação do sofrimento, fortalecimento de vínculos e processos de emancipação, ampliando as possibilidades de cuidado humanizado e equitativo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, fundamentada na pesquisa social para compreender os significados atribuídos pelas mulheres à prática da biodança e suas implicações

1

Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: clarissaiensenboff@gmail.com

na saúde mental. Adota-se a perspectiva do materialismo histórico-dialético, que permite analisar criticamente as contradições estruturais que atravessam a realidade social⁵.

A coleta de dados será realizada por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas, garantindo um aprofundamento nas vivências das participantes. O cenário da pesquisa será um grupo privado de biodança em Santa Maria (RS), cidade onde as PICS são reconhecidas por legislação municipal, mas ainda não implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS). As participantes serão mulheres que frequentam a biodança há pelo menos seis meses, selecionadas por amostragem intencional.

A análise dos dados seguirá a análise de conteúdo temática de Minayo⁶, articulada ao referencial crítico para interpretar as relações entre biodança, saúde mental e gênero. Os aspectos éticos serão resguardados conforme a Resolução Nº 466/2012, garantindo sigilo, consentimento livre e esclarecido, além do apoio psicológico, se necessário.

RESULTADOS

Espera-se contribuir significativamente para a compreensão da biodança como uma prática integrativa e complementar no campo da saúde, destacando seu papel na promoção da saúde mental das mulheres. Por meio da análise das narrativas e vivências das participantes, pretende-se evidenciar como a prática da biodança pode atuar no fortalecimento do autoconhecimento, da autonomia, do empoderamento e dos vínculos coletivos. Tais reflexões buscarão demonstrar o potencial transformador dessa prática, tanto no nível individual quanto no coletivo, reforçando sua relevância para a saúde mental e para a construção de novas formas de cuidado.

No campo das políticas públicas, espera-se que a pesquisa ofereça incentivo para fortalecer a inclusão da biodança como uma prática efetiva do SUS, especialmente no contexto das PICS. Ao destacar os benefícios dessa prática, o estudo poderá apontar caminhos para sua implementação em serviços de atenção primária, contribuindo para a promoção de um cuidado integral e humanizado.

Além disso, a pesquisa busca enriquecer a produção acadêmica com reflexões interdisciplinares que articulem saúde, gênero e práticas corporais. Espera-se que os achados contribuam para o avanço dos estudos sobre saúde mental e inspirem novas investigações sobre as potencialidades da biodança em diferentes contextos de saúde mental e saúde coletiva.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao articular a biodança com os processos de saúde mental, esta pesquisa pretende consolidar essa prática como um recurso que extrapola o cuidado individual, posicionando-a como um instrumento de transformação social e política. Alinhada aos princípios do cuidado integral e humanizado preconizado pelo SUS, a pesquisa espera contribuir para o reconhecimento da biodança como uma prática transformadora no campo da saúde mental, podendo se expandir para a saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Muricy AL. Boas práticas em saúde mental comunitária: uma proposta de ordenação do cuidado em saúde mental a partir das práticas integrativas e complementares em saúde [dissertação]. Santo Antônio de Jesus, BA: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; 2021.
- (2) Collins PH. Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo; 2022.
- (3) Toro R. Definição de Biodança e Modelo Teórico. Curso de Formação Docente (Série). Santiago: International Biocentric Foundation; 1999.
- (4) Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba, Appris Editora; 2018.
- (5) Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo; 2007.
- (6) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

UNIVERSIDADE E SAÚDE MENTAL: A BUSCA DE CUIDADOS DE ESTUDANTES DE PRIMEIRA GERAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL NO BRASIL

Mônica Silva Cabral¹

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A partir do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, implementado em 2007, bem como das políticas de ações afirmativas, houve uma ampliação do acesso ao Ensino Superior no Brasil, propiciando o ingresso de um público anteriormente dele excluído. Buscando qualificar a permanência desses estudantes, foi criado, também, o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), que estabeleceu dez eixos de atuação da assistência, dentre eles a saúde^[1]. Nesse sentido, partimos da experiência na Divisão de Saúde do Estudante de uma universidade federal do Rio de Janeiro, na qual uma parcela significativa dos estudantes atendidos traz nos relatos sobre seu sofrimento componentes ligados ao fato de serem estudantes de primeira geração, isto é, os primeiros da família a acessarem a universidade. Além das dificuldades acadêmicas e socioeconômicas, muitos enfrentam questões relacionadas à saúde mental, impactando, também, em sua permanência na universidade e desempenho acadêmico.

OBJETIVO

Diante disso, essa pesquisa teve como objetivo compreender como estudantes universitário(a)s de primeira geração entendem e buscam o cuidado à saúde mental.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir da metodologia qualitativa, por meio de entrevistas abertas, baseadas na História Oral de Vida, sendo essas realizadas com estudantes de graduação de uma universidade federal do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão para participação foram: ser maior de 18 anos; estudante de primeira geração; estar há pelo menos 6 meses na universidade; já ter buscado algum cuidado em saúde mental. Os critérios de exclusão se aplicaram em oposição aos critérios de inclusão. Foram entrevistados tanto estudantes que buscaram cuidados em saúde mental no serviço vinculado à assistência estudantil, quanto aqueles que não procuraram esse tipo de apoio na universidade. Parte das entrevistas ocorreu presencialmente, nos *campi* da universidade, e as demais se deram na modalidade virtual. Foram apresentados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específicos para cada uma dessas modalidades. Também foram coletados dados sociodemográficos das pessoas entrevistadas. A apreciação dos dados coletados deu-se através da análise de conteúdo temática^[2].

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: monicascabral@gmail.com

RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas com doze estudantes, compostos majoritariamente por pessoas negras (pretas e pardas), representando 66,7% dos entrevistados; cotistas (91,7%); com renda familiar de até um salário mínimo (58,3%); ao menos um dos pais de metade deles não completou o Ensino Fundamental. Percebeu-se, portanto, que são estudantes que fazem parte de uma parcela da população para a qual as políticas de democratização do acesso ao Ensino Superior foram fundamentais. Esse fato trouxe consequências para a vivência que esses estudantes têm da universidade e para a sua saúde mental. Notou-se que a maioria dos participantes já apresentava problemas de saúde mental anteriores ao seu ingresso na universidade, mas parte deles só buscou cuidados após o ingresso no ensino superior. Além disso, as narrativas indicaram uma dificuldade no acesso a cuidados em saúde mental nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação ao atendimento psicológico. A procura pelo serviço de saúde da assistência estudantil na universidade deu-se, principalmente, após a dificuldade de acesso a serviços de saúde. Os principais obstáculos enfrentados na busca de cuidados foram a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, a falta de informação e preconceitos sobre as questões de saúde mental, dificuldades socioeconômicas e falta de tempo. A maioria do(a)s entrevistado(a)s que se mantêm em acompanhamento o realizam na própria universidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados da pesquisa indicam que os estudantes universitários de primeira geração de uma universidade federal do Rio de Janeiro, Brasil, enfrentam desafios consideráveis ao buscar cuidados em saúde mental, tanto estruturais, quanto subjetivos. Aponta-se uma conexão entre esses desafios e fatores socioeconômicos, culturais e institucionais. Os obstáculos enfrentados, como estigmas, dificuldades logísticas e barreiras de acesso ao sistema público de saúde brasileiro, podem intensificar o sofrimento e dificultar a construção de um cuidado contínuo. Nesse sentido, a saúde na assistência estudantil universitária desempenha um papel relevante, mas precisa uma maior articulação e co-responsabilização com os serviços da rede pública de saúde do país, para garantir atendimento adequado. Além disso, aponta-se para a necessidade da construção de um cuidado que não seja medicalizante, levando-se em conta o contexto de vida desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. Brasília, DF, Diário Oficial, 2010.
- [2] Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições; 1977.

USO ATUAL DE ANOREXÍGENOS ENTRE ADOLESCENTES DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA

Aline Dona Martins¹

Franciéle Marabotti Costa Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O uso indevido de anorexígenos e psicoestimulantes na adolescência tem se intensificado, impulsionado por fatores sociais, culturais e estruturais. Pressões estéticas, busca por desempenho escolar elevado e fácil acesso a essas substâncias, muitas vezes sem orientação profissional, são motivadores comuns. A adolescência, legalmente entre 12 e 18 anos, é marcada por transformações físicas, cognitivas e emocionais, tornando os jovens mais suscetíveis aos efeitos adversos dessas substâncias¹. A ampla disponibilidade de medicamentos, especialmente em farmácias, frequentemente comercializados sem o controle necessário², facilita tanto a experimentação quanto o uso contínuo sem prescrição médica. Anorexígenos são geralmente utilizados para perda de peso, enquanto psicoestimulantes são buscados para melhorar atenção e desempenho mental³. Apesar dos supostos benefícios imediatos, o consumo sem acompanhamento adequado pode causar efeitos adversos graves e duradouros, comprometendo o bem-estar físico e psicológico dos adolescentes⁴. Compreender os determinantes desse comportamento é essencial para subsidiar políticas públicas e estratégias de prevenção eficazes.

OBJETIVO

Identificar a prevalência de uso de uso atual de anorexígenos sem receita por estudantes do ensino médio e sua associação com as características socioeconômicas.

METODOLOGIA

Este estudo transversal avaliou o uso de anorexígenos sem receita entre estudantes do ensino médio de escolas públicas e privadas da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu entre março e dezembro de 2023, na cidade de Vitória, Espírito Santo, sendo a amostra total de participantes. A variável desfecho analisada foi a experimentação de anorexígenos (sim ou não). As variáveis de exposição incluíram idade, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, estado civil, classificação socioeconômica, tipo de escola, e, situação de trabalho/emprego. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como os adolescentes o Termo de Assentimento. Os dados foram analisados por meio de frequência bruta, relativa e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%). As análises bivariadas foram realizadas através do teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com nível de significância de 5%. A associação entre as variáveis foi feita por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. Foi considerado para entrar na análise ajustada valores de $p < 0,20$ e a permanência quando $p < 0,05$.

1 Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: alinedonamartins@gmail.com

RESULTADOS

Cerca de 4,0% (IC95%: 3,3–4,4) dos adolescentes relataram uso atual de anorexígenos e estimulantes, evidenciando uma prática preocupante que merece atenção. O primeiro uso dessas substâncias ocorreu para 47,2% (IC95%: 42,4–52,0) aos 15 anos ou mais, e para 43,6% (IC95%: 38,9–48,4) entre 11 e 14 anos, indicando uma iniciação precoce. As formas de acesso mais comuns foram por meio de familiares (21,5%; IC95%: 17,6–26,1) ou pegando escondido em casa (18,0%; IC95%: 14,5–22,2), o que ressalta a influência do ambiente doméstico. No uso atual, as adolescentes do sexo feminino apresentaram prevalência 2,36 (IC95%: 1,65–3,37) vezes maior; indivíduos LGBTQIA+, 1,78 (IC95%: 1,29–2,43); e pretos(as), 1,81 (IC95%: 1,25–2,63) em comparação aos brancos(as), evidenciando disparidades significativas. Adolescentes da classe A (RP: 3,03; IC95%: 2,09–4,41) mostraram maior prevalência de uso atual que os das classes C/D/E, e aqueles com trabalho, 1,71 (IC95%: 1,25–2,34) vezes mais, sugerindo que fatores socioeconômicos e ocupacionais influenciam esse comportamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados revelam que 4,0% dos adolescentes fazem uso atual de anorexígenos e estimulantes sem prescrição médica, com maior prevalência entre meninas, indivíduos pretos(as), LGBTQIA+ e de classes socioeconômicas mais altas. O trabalho remunerado e a frequência a escolas privadas também se associaram a maiores taxas de consumo. Esses achados destacam a necessidade de estratégias preventivas direcionadas a grupos específicos, reforço na fiscalização da venda de medicamentos e ampliação do debate sobre saúde nas escolas. A colaboração entre instituições educacionais, famílias e profissionais de saúde é essencial para mitigar os riscos associados ao uso indevido dessas substâncias na adolescência.

REFERÊNCIAS

- (1) Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. Assoc Med Bras. 1988;69-75.
- (2) Pereira FSVT, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Self-medication in children and adolescents. Jornal de Pediatria. 2007 Oct 5;83(5):453–8.
- (3) Silva CH da, Giugliani ERJ. Consumption of medicines among adolescent students: a concern. Jornal de Pediatria. 2004 Jul 15;80(4):326–32.
- (4) Morgan HL, Petry AF, Licks PAK, Ballester AO, Teixeira KN, Dumith SC. Consumo de Estimulantes Cerebrais por Estudantes de Medicina de uma Universidade do Extremo Sul do Brasil: Prevalência, Motivação e Efeitos Percebidos. Revista Brasileira de Educação Médica. 2017 Jan;41(1):102–9.
- (5) Navarini MM, Kessler C, Deuschle N. Cross-sectional study of the dispensation of synthetic anorectic drugs in community pharmacies in the city of Cruz Alta–State of Rio Grande do Sul. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 2014 Dec 1;50(4):737–40.

VARIAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO BRASIL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 E 2019

Carolina Teixeira Silva¹

Claudia Reis Miliauskas

Claudia de Souza Lopes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças [1]. No Brasil, a prevalência de depressão variou de 7,9% para 10,8% entre os anos de 2013 e 2019 [2]. Nas mulheres o risco de depressão é maior que nos homens, principalmente, no período reprodutivo entre 18 e 49 anos [3]. A depressão pós-parto (DPP) é considerada um problema de saúde pública devido à sua prevalência e ao seu impacto na saúde de mulheres e crianças [4,5]. Uma revisão da literatura com estudos publicados entre 2009 e 2022 na população brasileira sobre a prevalência e fatores associados a DPP e encontrou que a prevalência de DPP variou de 7,2%, no Recife, a 50,6%, em Salvador [5]. A pesquisa Nascer no Brasil realizada entre 2011/2012 encontrou prevalência de 26,3% considerando o período de 6 a 18 meses pós-parto [6]. Uma revisão sistemática e meta-análise investigando o uso do PHQ-9 para o rastreio da depressão perinatal e concluiu que o PHQ-9 é uma opção viável para rastreio de depressão na gestação e no período pós-parto [7].

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a variação da depressão pós-parto no Brasil, nos anos de 2013 e 2019. Além disso, tem como objetivos específicos o cálculo da prevalência da depressão pós parto no Brasil e avaliar a variação da depressão pós-parto segundo características socioeconômicas, demográficas e regionais.

METODOLOGIA

O presente estudo utilizou dados referentes a duas pesquisas com delineamento transversal e de base populacional, a PNS 2013 e 2019. Essas pesquisas são inquéritos domiciliares, de âmbito nacional, e foram realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [8]. O desfecho avaliado foi sintomas depressivos pós-parto de mulheres de 18 anos ou mais que tiveram filho até 18 meses antes da data da entrevista. Além disso, o desfecho foi avaliado a partir do PHQ-9 e utilizará o ponto de corte maior ou igual a 10. Os indicadores foram avaliados para o Brasil e Grandes Regiões, as estimativas levaram em conta os pesos populacionais e a amostragem complexa. As prevalências foram estimadas para a PNS 2013 e 2019

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: carolt.1@yahoo.com

com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A variação da prevalência entre os inquéritos de 2013 e 2019 foi expressa em variação absoluta e percentual da razão de prevalência. Ambas as variações foram estimadas utilizando modelos lineares generalizados, sendo utilizado um modelo gaussiano para a estimativa da variação absoluta e um modelo de poisson para o percentual da razão de prevalência.

RESULTADOS

Em geral, houve pouca mudança no perfil de paridade dessas mulheres entre os seis anos avaliados, exceto para faixa etária e nível de instrução. Para faixa etária temos variação significativa na faixa mais jovem (18-24 anos), tendo uma redução na prevalência de paridade, de 37,3% para 28,6%, e aumento na maior faixa etária (35 anos ou mais), que variou de 15,7% para 23,5%. Em relação ao nível de instrução, temos mudança significativa na paridade, para o maior nível considerado (médio completo ou mais), no qual houve um aumento de 52,8% para 61,6%. Observou-se aumento da prevalência de sintomas depressivos pós-parto para todas as variáveis e categorias estudadas, com um aumento relativo de 41,3% no Brasil, passando de 9,9%, em 2013, para 14%, em 2019. Com relação às grandes regiões do Brasil avaliadas, foi encontrada a maior variação relativa de prevalência para a região Sudeste, 107,6%, e a menor variação para a região Norte, 9,8%. Ao avaliar as faixas etárias selecionadas, destaca-se que a maior variação relativa de prevalência foi para as mulheres de 35 anos ou mais (148,4%). Além disso, foi encontrada alta variação para o menor nível de instrução considerado – até fundamental incompleto (94,7%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente estudo apresentou aumento dos sintomas depressivos pós-parto entre 2013 e 2019 no Brasil. Destaca-se o aumento encontrado para as mulheres com mais de 35 anos, além disso, também foi encontrada grande variação na região Sudeste do país e nas mulheres de menor nível de instrução. Dentre as principais justificativas para tais aumentos estão a crise econômica ocorrida no país no período entre as edições da pesquisa e mudanças nas estruturas familiares brasileiras. Portanto, vale ressaltar a necessidade de investimento público na saúde mental materna no período pós-parto.

REFERÊNCIAS

- [1] OPAS. Depressão-OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
- [2] Lopes C de S, Gomes NL, Junger WL, Menezes PR. Trend in the prevalence of depressive symptoms in Brazil: results from the Brazilian National Health Survey 2013 and 2019. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38(suppl 1).
- [3] Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. Uddin M, editor. *PLoS ONE*. 2012 Feb 14;7(2):e31879.

- [4] Biomédico C, Bottino M. Universidade do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Available from: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4056/1/T1287%20Marcella%20Bottino%20completa%20protegida.pdf>
- [5] Santana GW, Maurique L de S, Gomes RM, Normando LV, Ferrari IS, Suarez CSM, et al. Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Debates em Psiquiatria. 2022 Nov 3;12:1–23.
- [6] Theme Filha, M. M., Ayers, S., Gama, S. G. N. D. and Leal, M. D. C. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. coreacuk [Internet]. Available from: https://core.ac.uk/reader/42630070?utm_source=linkout
- [7] Wang L, Kroenke K, Stump TE, Monahan PO. Screening for perinatal depression with the Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9): A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry. 2021 Jan;68(1):74–82.
- [8] Ciclos De Vida B. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [Internet]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>

VARIÁVEL RAÇA/COR NA IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO PAULISTA DE MÉDIO PORTE

Ana Laura Salomé Lourencetti¹

Bruno Marinho da Silva

Thaiane Bruna da Cruz Diomedecce

Carlos Alberto dos Santos Treichel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Compreender e enfrentar iniquidades em saúde demanda a difusão de dados que capturem as múltiplas dimensões das desigualdades sociais. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) representa um avanço nessa agenda, reconhecendo o racismo estrutural como determinante social de saúde e propondo estratégias para promover a equidade racial, incluindo a incorporação do recorte étnico-racial nos indicadores de saúde. Essa medida é fundamental para avaliar disparidades, monitorar condições sanitárias e embasar políticas públicas voltadas à população negra. No entanto, a falta de registros sobre raça/cor nos serviços de saúde ainda é um obstáculo, dificultando a identificação e o enfrentamento dessas desigualdades. Essa lacuna se reflete também na saúde mental: embora estudos evidenciem maior prevalência de transtornos mentais entre pessoas negras e o impacto do racismo em seu processo saúde-doença, ainda são escassas as pesquisas que contemplem essa relação tal como a sistematização desses dados nos serviços da rede de atenção psicossocial. Destaca-se a relevância dos estudos que permeiem a importância desses registros na identificação dos usuários dos serviços especializados em saúde mental para produzir e qualificar indicadores, instrumentalizando um cuidado que acesse tais iniquidades e assegure uma assistência integral e antirracista em saúde mental(1-3).

OBJETIVO

Analisar o preenchimento do quesito/raça cor feito pelos profissionais dos serviços de atenção especializada em saúde mental de um município paulista de médio porte.

METODOLOGIA

Estudo transversal de base documental, realizado por meio da análise de prontuários de três serviços especializados em saúde mental de um município paulista de médio porte, entre outubro de 2024 e fevereiro de 2025. Foram considerados registros de variáveis demográficas e sociais, com ênfase em raça/cor. Incluíram-se prontuários de usuários com pelo menos um atendimento em saúde mental nos 12 meses anteriores à coleta; ser menor de 18 anos foi considerado critério de exclusão. Utilizou-se

um formulário eletrônico elaborado para o estudo, operacionalizado via software em tablets com auxílio de coletadores selecionados e treinadores pelos pesquisadores responsáveis. Os dados foram compilados em planilhas Excel e posteriormente convertidos para o software Stata 18 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA,) onde foi realizada a análise em conjunto com demais dados levantados. A amostra final foi composta por 1.549 usuários em acompanhamento nos serviços CAPS II, CAPS AD e em um ambulatório central de especialidades.

RESULTADOS

A amostra compreendeu 1549 usuários, sendo 58,2% do gênero feminino, com idade média de 46,1 (DP=15,9) anos. Destes, 981 eram atendidos no ambulatório de especialidades, 278 no CAPS II e 290 no CAPS AD. Dados relativos à cor foram encontrados para 97,8% dos indivíduos. A maioria era de cor branca (71,8%), seguida de pardos (16%), pretos (4,8%) e amarelos (4,6%). Em análise estratificada entre brancos e não brancos, foram observadas diferenças significativas do ponto de vista estatístico ($p = <0,001$) quanto a distribuição entre os serviços estudados. Não brancos corresponderam a 21,1% dos usuários do ambulatório, 38,2% no CAPS II e 32% no CAPS AD.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados indicaram que os serviços especializados em saúde mental do município registraram de forma satisfatória as variáveis relacionadas a raça/cor. Destaca-se a importância desses achados no tocante a construção de indicadores de saúde que identifiquem as inequidades no acesso e na qualidade do cuidado. Entretanto, destaca-se também a crucialidade de novos estudos que aprofundem os significados desses dados, relacionando tais marcadores com desfechos clínicos e narrativas das experiências subjetivas da influência dos mesmos no itinerário terapêutico desses usuários. Essas abordagens são essenciais para complementar a análise quantitativa, fornecendo subsídios que permitam desenvolver e instrumentalizar estratégias que garantam a efetivação dos princípios de integralidade e equidade racial na rede de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- (2) Braz RM, Oliveira PTR, Reis AT, Machado NMS. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2013;37(99):554-62.
- (3) Nascimento ER, Santos WS, Oliveira LFD, Oliveira JF, Oliveira JB, Oliveira DC. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(12):3865-76. doi:10.1590/1413-812320172212.19782016.

VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE E AMBIENTE EM SANTA CRUZ, EXTREMA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

Beatriz Mariana da Conceição Alves¹

Wanessa Afonso de Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar os resultados preliminares do processo de Vigilância Popular em Saúde realizado no bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro, área exposta à poluição atmosférica da siderúrgica Ternium Brasil, antiga ThyssenKrupp Companhia Siderúrgica do Atlântico (TKCSA). Desde sua instalação, a atuação empresarial no território se mostrou danosa aos moradores com diversos impactos socioambientais: desvio no curso do rio que corta a região, ocasionando enchentes; poluição de rios impossibilitando atividade tradicional pesqueira; emissões visíveis de material particulado (MP) prateado e poluição sonora ocasionada pelo trem transportador de minério(1). Todos esses impactos resultaram em 238 processos movidos pelos moradores contra a empresa. Chegada no território em 2010, a companhia atuou durante seis anos sem licenciamento ambiental, pautada apenas no Termo de Ajustamento de Conduta, visando evitar a judicialização de conflitos. Contrariando as determinações contratuais, a empresa alega constantes falhas na base instalada pelo INEA em seu território, impossibilitando o monitoramento da qualidade do ar da região. Em paralelo a essas alegações, moradores da região registram a presença de material particulado prateado em suas residências diariamente -desde a ativação da empresa em 2010-, bem como relatam aumento de doenças respiratórias, alergias e câncer.

OBJETIVO

Através de metodologia elaborada pela Fiocruz e a partir da geração cidadã de dados surge o processo de Vigilância Popular em Saúde(2), cuja finalidade é a análise dos níveis de poluição ambiental por material particulado de 2,5 micrômetros (MP2,5) e 10,0 micrômetros (MP10), numa perspectiva de ciência cidadã, visando compreender se há emissão de poluentes acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde(3), e sua influência na saúde dos moradores.

METODOLOGIA

O processo de vigilância ambiental priorizou o protagonismo comunitário com a seleção de quatro jovens moradores para atuarem como bolsistas na Vigilância Popular em Saúde. Eles foram escolhidos estrategicamente para cobrir toda a extensão próxima à siderúrgica. Antes do início das coletas, participaram de formações sobre questões socioambientais e seus impactos na saúde. O

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: beatrizmariana90046@gmail.com

monitoramento utilizou o aparelho Elitech Airing-1000, que mede em tempo real as concentrações de MP2.5 e MP10 (poluentes capazes de afetar os sistemas cardiovascular e respiratório), além de temperatura e umidade. O protocolo de aferição, elaborado pela Fiocruz, inclui orientações como: uso em locais abertos, registro dos dados por hora, anotações de informações ambientais e cuidados com o equipamento. As medições foram realizadas durante seis horas por dia, três vezes por semana, ao longo de três meses, em diferentes turnos.

RESULTADOS

Entre outubro e dezembro de 2023, quatro jovens monitoraram os níveis de material particulado fino (MP2.5 e MP10) em Santa Cruz, extrema zona oeste do Rio de Janeiro. A média mensal de MP2.5 registrada pelo Jovem 1 variou entre 5,11 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ e 6,45 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, próxima do limite anual recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Já os outros três participantes apresentaram níveis mais altos: o Jovem 2 ultrapassou os 13 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ em dezembro, o Jovem 3 chegou a 13,43 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ e o Jovem 4 alcançou 14,05 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, todos consistentemente acima do recomendado. Quanto ao material particulado inalável (MP10), cujo limite anual indicado pela OMS é de 15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, apenas o Jovem 1 se manteve abaixo desse valor nos três meses analisados. Os demais apresentaram médias mensais acima do padrão em pelo menos um mês, com destaque para o Jovem 3, que atingiu 26,75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ em dezembro, e o Jovem 4, que chegou a 19,85 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Os dados mostram uma exposição contínua e preocupante à poluição do ar, evidenciando a necessidade de políticas públicas eficazes para reduzir os riscos à saúde e promover justiça socioambiental em regiões vulneráveis como Santa Cruz.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo preliminar avaliou os níveis de poluição do ar em uma área impactada por uma siderúrgica durante 14 anos. A poluição atmosférica traz sérios riscos à saúde, mas regiões periféricas do Rio de Janeiro seguem sem vigilância sanitária adequada. A participação comunitária é essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), promovendo formação crítica e engajamento local. Apesar das limitações técnicas, o monitoramento ambiental feito por moradores é simples, de baixo custo e relevante. Os dados coletados indicam riscos à saúde, especialmente para grupos vulneráveis, como crianças e idosos. Destaca-se a importância de manter o monitoramento por períodos mais longos e em diferentes estações, visando dados mais representativos. Diante dos achados, é urgente a criação de um centro de monitoramento do ar e a implementação de políticas públicas reparadoras e protocolos de saúde específicos para a população exposta.

REFERÊNCIAS

- (1) fundação Oswaldo Cruz. Relatório reafirma correlação entre material expelido pela TKCSA e impactos na saúde. 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-reafirma-correlacao-entre-material-expelido-pela-tkc-sa-e-impactos-na-saude>
- (2) Instituto Políticas Alternativas para o Cone Sul (Pacs); Rede Justiça nos Trilhos (JnT); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Relatório final: Vigilância Popular em Saúde e Ambiente em áreas próximas de complexos siderúrgicos. 2023. Disponível em: https://issuu.com/pacscomunicacao/docs/relat_rio_final_final
- (3) World Health Organization. Diretrizes globais de qualidade do ar: material particulado (MP2,5 e MP10), ozônio, dióxido de nitrogênio, dióxido de enxofre e monóxido de carbono. São Paulo: WHO; 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54963/9789275724613_por.pdf

VIOLAÇÕES DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES QUE USAM DROGAS

Ruth Carolina Leão Costa¹

Dayane da Rocha Pimentel

Glaucia Vivana Campos

Xavier e Camila Pimentel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Mulheres que fazem uso de drogas enfrentam inúmeras barreiras no exercício de seus Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR). Estigmatizadas por um rótulo de exclusão, elas são vistas como desviantes de uma norma de gênero fixa, uma falha social, relacionadas a uma imagem de promiscuidade, loucura, agressividade, que as marcam como péssimas mães, más cuidadoras e as tornam alvo das mais pesadas sanções sociais (1,2). Essas mulheres tornam-se seres duplamente indesejáveis, tanto a nível individual pelos pares, que as negam nas relações, quanto a nível social, quando suas vidas são consideradas menos valiosas e marcadas pela precariedade produzida pelas relações de poder(3). Tal realidade constrói um processo extremo de vulnerabilização dessas vidas e representa não só uma barreira importante para o acesso aos serviços de cuidado(4), como também leva a uma completa negação da autonomia sexual e reprodutiva dessas mulheres.

OBJETIVO

Tecer reflexões sobre violação dos DSR de mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas e que estão vinculadas a um Centro de Convivência, localizado em uma capital do Nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de campo com perspectiva metodológica etnográfica, na qual se intencionou o contato constante e criação de vínculo com as mulheres que conviviam no espaço, aqui chamadas de interlocutoras de pesquisa, através da observação participante e o uso do diário de campo. A análise dos dados vem sendo conduzida a partir da perspectiva hermenêutica, buscando interpretar os sentidos e significados do que foi observado em campo(5).

RESULTADOS

Em um período de seis meses, muitas histórias foram alcançadas pela experiência de acompanhar as interlocutoras da pesquisa. São em sua maioria mulheres negras que vivem em situação de rua. A maternidade foi abordada como um aspecto importante do DSR que ao mesmo tempo em que inclui complexidade na vida das parceiras, também é utilizado como ferramenta de violações

1 Instituto Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco. E-mail: leaocarolina18@gmail.com

singulares. O afastamento compulsório delas e de seus filhos, a constante fala dos profissionais de saúde as pressionando “a pensar nos filhos, antes de pensar na droga” (diário de campo, 2024)(6), os processos de esterilização dos seus corpos sem o consentimento, apontam a falta de autonomia sobre suas escolhas reprodutivas.

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde e até mesmo os vazios assistenciais que atendam às suas especificidades, tanto em termos de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, quanto no cuidado com o uso das substâncias psicoativas, também foi expressiva durante as conversas. Diante desses atravessamentos, a convivência foi ressaltada como um espaço seguro para essas mulheres, onde elas podem interagir livremente, participar de atividades e receber apoio emocional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência das mulheres que fazem uso de drogas no espaço de convivência destaca a importância da reestruturação de políticas e programas a partir da interseccionalidade e pautados pela justiça social. É crucial garantir acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva que respeitem a autonomia, promovam o cuidado ético e em liberdade pautado pela redução de danos, além de combater o estigma e a discriminação que frequentemente as acompanham. A luta por justiça reprodutiva para essas mulheres envolve não apenas a garantia de serviços de saúde adequados, mas também a proteção contra violações de direitos e o fortalecimento de suas capacidades para tomar decisões sobre suas próprias vidas.

REFERÊNCIAS

1. Campbell N. Using women: gender, drug policy and social justice. London: Routledge; 2000.
2. Malheiro LSB. Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador, Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia; 2018. 292 f.
3. Butler J. Vida precária. Contemporânea. 2011;(1):13–33.
4. Shirley-Beavan S, Roig A, Burke-Shyne N, Daniels C, Csak R. Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. Harm Reduct J. 2020;17:78.
5. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, editor. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
6. Costa RCL. Diário de Campo [notas pessoais]. Recife;2024 [dados não publicados]

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E FATORES ASSOCIADOS

Carolina dos Santos Furian¹

Mayla Thais Castellari

Michelli Carolliny de Oliveira

Lucas Marques Angelim

Vitor Rafael Gomes

Roberto Martins de Oliveira

Caio Vieira de Barros Arato

Vinicius de Oliveira Loiola

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VCM) pode ser definida como qualquer ato baseado no gênero, que ocasione danos, como agressões físicas, psicológicas, sexuais, prejuízo moral e patrimonial. Geralmente, os agressores são pessoas próximas à vítima. O acontecimento dessa prática tem como efeito problemas sociais, psicológicos e sexuais. [1] As agressões físicas são frequentes na região de cabeça e pescoço, dessa maneira o dentista diagnostica essas lesões com regularidade. Assim, fica evidente a importância do engajamento do cirurgião-dentista nos estudos referentes à violência contra a mulher. [2] Com o isolamento social devido a pandemia pelo COVID-19, as pessoas passam mais tempo em proximidade com sua família. Estresse repentino, situação econômica desfavorável, ansiedade e outros distúrbios podem ampliar a probabilidade de atos de violência. [3] A Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, informou que em março de 2020 houve um aumento de 18% de denúncias registradas pelos ramais telefônicos de suporte. [3] Desde o início da pandemia os casos de violência contra a mulher aumentaram. Tendo em vista que a Pandemia não cessou, sequer arrefeceu no Brasil, é de se supor que os problemas decorrentes dela permaneçam e, portanto, necessitem de aprofundado conhecimento para seu eficaz enfrentamento.

OBJETIVO

Avaliar a frequência dos casos notificados de violência contra a mulher no município de Campinas, Estado de São Paulo, no período de 2010 a 2020, tendo em vista a pandemia pelo COVID-19 no ano de 2020, sua associação com fatores socioeconômicos e demográficos e localizar espacialmente os casos nos distritos sanitários de Campinas.

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: C195466@dac.unicamp.br

METODOLOGIA

Foram utilizados dados secundários de acesso aberto no município de Campinas – SP por meio do banco de dados do Sistema de Informação e saúde do governo de Campinas, desenvolvido pelo DataSUS referentes à violência contra a mulher no município de Campinas, Estado de São Paulo, nos anos de 2019 e 2020. Os dados foram compilados em planilhas de Excel e posteriormente analisados pelo programa estatístico R e Rstudio. O acesso dos dados foi realizado pelo TabNet Campinas no site <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet>.

As categorias analisadas foram raça/cor, idade, escolaridade, local de moradia, se a notificação foi feita por residência ou por ocorrência e tipo de violência sofrida. Foi utilizado o intervalo de classes para delimitação coroplética.

Foram feitas análises descritivas dos dados das vítimas de violência contra mulher no município de Campinas, Estado de São Paulo, nos anos de 2019 a 2020, segundo local de moradia, local de ocorrência, renda, idade, raça/cor e escolaridade. Em seguida, os dados permitiram a elaboração de tabelas e gráficos de localização e frequência para se demonstrar a ocorrência do desfecho em relação às variáveis independentes.

RESULTADOS

Em 2019, Campinas registrou 925 casos de VCM. Mulheres brancas foram maioria, seguidas por pardas, pretas, ignorado/branco, amarelas e indígenas. A faixa etária mais afetada foi de 40 a 59 anos, seguida por 30 a 39, 20 a 24, 25 a 29 e 18 a 19 anos. A escolaridade predominante foi ensino médio completo, seguido por ignorado/branco, fundamental 2 incompleto e médio incompleto. A violência mais comum foi a física, seguida por outros tipos, psicológica, sexual, negligência/abandono, financeira e tortura. O cônjuge foi o principal agressor, seguido pela própria pessoa, ex-cônjuge e desconhecido. Os meses com mais casos foram janeiro, maio, junho, fevereiro e setembro. A região leste teve mais ocorrências, seguida por norte, sudoeste, noroeste e sul.

Em 2020, foram 792 casos. Mulheres brancas seguiram como maioria. A faixa etária mais prevalente foi de 30 a 39 anos, seguida por 40 a 59, 20 a 24, 25 a 29 e 18 a 19 anos. Escolaridade ignorado/branco teve mais registros, seguida por ensino médio completo, fundamental 2 incompleto e médio incompleto. A violência física foi mais comum, seguida por outros tipos, psicológica, sexual, negligência/abandono, tortura, financeira e tráfico humano. O cônjuge seguiu como principal agressor, seguido pela própria pessoa e desconhecido. Janeiro teve mais registros, seguido por abril, setembro e março. A região leste manteve maior prevalência, seguida por norte, noroeste, sul e sudoeste. Mais favorecida socioeconomicamente, tem menos vítimas negras e pardas, evidenciando a relação entre desigualdade e violência. A queda nos registros pode estar ligada ao fechamento dos Centros de Saúde na pandemia, dificultando o acesso das vítimas e refletindo subnotificação, e não redução da violência, agravada pelo isolamento e desemprego.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os números da Violência Contra a Mulher na cidade de Campinas foram alarmantes, tanto em 2019, quanto em 2020, durante o isolamento imposto pelo novo Coronavírus. A violência está espalhada por todas as regiões da cidade, embora a relação entre VCM e piores condições socioeconômicas já esteja bem estabelecido na literatura. Contudo, na atualidade, no município de Campinas, a VCM atinge todas as classes sociais. É imperativa a necessidade de estudos qualitativos que investiguem a relação entre os serviços de saúde e a VCM, no sentido de melhor elucidar as notificações (ou a sua falta), e assim estabelecer as necessárias associações e correlações, tão importantes entre os fatores contextuais e a VCM.

REFERÊNCIAS

- [1] Campbell, JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602083368?via%3Dihub>
- [2] Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100010>
- [3] Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; 2020. Disponível em: <https://goo.su/ZlvsD>

VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES NO BRASIL NOTIFICADAS NO SINAN

Emiliana Cristina Melo¹

Luciane Stochero

Beatriz Zacharia Barbosa

Fernanda Prado Marinho

Ana Lúcia de Grandi

Kelly Holanda Prezotto

Alessandro Rolim Scholz

Rosana Rosseto de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência é definida pela organização Mundial da Saúde (OMS), como o uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, que possa resultar em ferimentos, morte, abuso psicológico, sexual, privação ou abandono, a violência pode ser cometida por familiares ou não, e ser perpetrada em qualquer lugar, com todas as idades, gêneros e classes sociais. [1] Entretanto, a violência é um problema ainda mais prevalente quando considerados os grupos vulneráveis, nos quais se enquadram as mulheres durante todo seu ciclo vital, incluindo a gestação. Mulheres que já sofrem violência doméstica, têm histórico familiar de violência, baixa escolaridade, desemprego, pobreza, juventude, são pretas/pardas e o agressor tem acesso a armas, [2] são ainda mais propensas à violência durante a gestação. No período gravídico-puerperal pode ocorrer risco aumentado de violência, visto que a mulher se torna mais vulnerável, devido às mudanças físicas e psicológicas que ocorrem. [3] É importante considerar ainda que a violência causa danos não somente à mãe, mas também ao bebê, aumentando a probabilidade de aborto espontâneo, natimortos, parto prematuro e bebês com baixo peso ao nascer. Dessa forma, trata-se de um assunto de suma importância, visto que é um problema de saúde pública mundial que leva a danos irreversíveis à gestante e ao bebê.

OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo, analisar os fatores associados à violência contra gestantes brasileiras em 2022.

METODOLOGIA

Estudo transversal sobre violência contra gestantes no Brasil, em 2022 com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Acompanhamento da Gestante (SisPreNatal). Do Sinan foram excluídas as lesões autoprovocadas. Foram incluídas na análise as variáveis violência contra a gestante (sim, não) (variável desfecho); idade (< 20 anos, de 20 a 35 anos e 35 anos

e mais); raça cor (branca, preta, parda, amarela e indígena); escolaridade (menos que 8 anos de estudo e maior que 8 anos de estudo); situação conjugal (com companheiro/sem companheiro) e orientação sexual (homossexual e bissexual). Os dados foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa. Os fatores associados foram analisados por meio Razão de Chances (OR), que é a chance de exposição no grupo de gestantes que sofreu o desfecho (violência), dividido pela chance de exposição no grupo que não sofreu o desfecho, com intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o *software* SPSS, versão 20.1 para as análises. Por se tratar de dados secundários públicos não foi necessária a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram analisadas 251.877 notificações de violência contra mulheres de 10 a 59 anos, residentes no Brasil. Foram analisadas 18.155 casos de violência contra mulheres gestante, de 10 a 59 anos de idade no Brasil. A maior frequência de violência contra gestantes ocorreu na própria residência ou habitação coletiva (63,78%), no período da noite (18,45%), sendo violência de repetição (41,67%). Quanto aos tipos de violência contra gestantes destacam-se a violência psicológica (22,26%) seguida da tortura (2,36%), violência física (2,16%), da sexual (0,78%) financeira (0,19%) e negligência (0,13%). Ressalta-se que em 1,12% dos casos o autor da violência estava alcoolizado.

Ao analisar as razões de chance, os fatores associados à violência contra gestantes foram: idade menor do que 20 anos (OR=3,6; IC 3,48-3,81), de 20 a 34 anos (OR=3,5; IC 3,32-3,64), raça/cor preta/parda (OR=1,5; IC 1,40 1,50), amarela (OR=1,3; IC 1,16-1,56) e indígena (OR=3,7; IC 3,34-4,09), e escolaridade menor do que 8 anos de estudo (OR 1,4; IC 1,37-1,47). Já as gestantes sem companheiro (OR=0,8; IC 0,86-0,78) e homo/bissexual (OR=0,6; 0,67-0,55), apresentaram menores chances de violência na gestação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Foram observadas associações entre características da vítima e fatores socioeconômicos e de gênero. Gestantes mais jovens apresentaram maiores chances de sofrerem violência, em comparação àquelas com 35 anos e mais, bem como de raça/cor não branca e com escolaridade menor que 8 anos de estudo. Gestantes sem companheiro ou com orientação homo/bissexual, apresentaram menores chances de sofrerem violência. Destaca-se como limitação, a natureza transversal por conta da relação de causalidade entre variáveis. Também é possível a subnotificação de casos; contudo, o SINAN e o SisPreNatal têm se mostrado como ferramentas estratégicas para a vigilância do agravo violência. Por fim, ao identificar a frequência de violência contra gestantes e seus os fatores associados, esperamos auxiliar na elaboração de políticas para reduzir e prevenir a ocorrência desse agravo.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Violence Prevention Alliance Approach. Disponível em: <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>.
- (2) Moroskoski M, Brito FAM, Oliveira, RR. Time trend and spatial distribution of the cases of lethal violence against women in Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2022;30:e3609.
- (3) Colonese CF, Pinto LW. Analysis of reports of violence against pregnant women in Brazil in the period from 2011 to 2018. Texto Contexto-Enferm. 2022;31.

VIOÊNCIA ESTRUTURAL E SAÚDE: IMPACTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS BAIRROS BOM JESUS E NOVA VIÇOSA EM VIÇOSA-MG

Cristiane Maria Nobre¹

Bárbara Silva Ferreira

Débora Müller Das Neves

Maria Fernanda Barbosa Dias

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A narrativa de um Brasil cordial, avesso à violência, mascara as raízes históricas de desigualdades naturalizadas e do uso da violência como controle social. Nesse contexto, a violência configura-se como um problema central a ser enfrentado, pois suas diversas expressões constituem um agravo à saúde, impactando diretamente o processo saúde-doença e a qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esse nível de atenção localiza-se no locus das relações sociais. Como evidenciado por Minayo, o Ministério da Saúde atribui o tema da violência no contexto da promoção da saúde, devendo, o setor da saúde, contribuir para ampliação e universalização da cidadania, além de atuar de maneira dinâmica diante do fenômeno que impacta diretamente grupos específicos.[5] Assim, este estudo busca compreender a violência em sua dimensão estrutural, explorando como a sociabilidade burguesa contribui para sua reprodução, além da influência do fenômeno nos determinantes sociais da saúde, com ênfase nas desigualdades de raça, classe e gênero. A pesquisa também visa identificar os impactos dessa violência na prestação de serviços da APS do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das narrativas de equipes eMulti e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos bairros Bom Jesus e Nova Viçosa localizados na cidade de Viçosa MG.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo apresentar uma análise dos resultados advindos de uma pesquisa que tem como intuito compreender os impactos da violência estrutural na prestação de serviço de saúde da Atenção Primária dos bairros Bom Jesus e Nova Viçosa do município de Viçosa-MG, a partir de uma análise da dinâmica do modo de produção capitalista e de suas particularidades na realidade brasileira. Assim, tem-se como foco uma breve análise das repercussões da violência e suas consequências na APS.

METODOLOGIA

Para o estudo, utilizou-se o método científico de Karl Marx, o materialismo histórico dialético, que segundo Gil, viabiliza uma compreensão macro e de totalidade de uma realidade sócio-histórica e dinâmica, com objetivo de transformá-la. A presente pesquisa possui caráter exploratório, com

1 Universidade Federal de Viçosa. E-mail: cristiane.nobre@ufv.br.

instrumentos bibliográficos e de campo a partir da realização de entrevistas, visto a limitada abordagem no que se refere ao ineditismo do estudo na realidade viçosense. [3] O presente estudo foi realizado na Atenção Primária, nos bairros Nova Viçosa e Bom Jesus, vista a concepção popular, de serem violentos, apesar de não existirem dados concretos sobre essa realidade. Na primeira fase foi realizada uma pesquisa de cunho bibliográfico. Na segunda fase, foram executadas entrevistas semi estruturadas, individuais e presenciais, totalizando 16 profissionais, pertencentes à equipe eMulti, e ao grupo de agentes comunitários. Posteriormente, as entrevistas foram gravadas através de gravações de voz em um dispositivo celular, e transcritas com o consentimento dos participantes, através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Com a sistematização dos resultados foi possível identificar que 99,84% dos entrevistados, compreendem o conceito amplo de saúde e a sua relação com os determinantes de saúde no processo de saúde e adoecimento. Ao analisarmos os impactos da violência estrutural na prestação de serviço da equipe eMulti e dos Agentes comunitários de saúde, observou-se que as expressões da violência mais recorrentes nos bairros foram a violência física, decorrente do tráfico e da violência doméstica, a violência contra idosos e as múltiplas formas de desigualdades. Notou-se um desafio, por parte dos profissionais, em perceber a violência em seu caráter estrutural e as suas expressões que não aparecem de maneira evidente. No que diz respeito ao preparo da equipe para lidar com a violência, as entrevistas evidenciaram que embora seja realizado a educação em saúde por meio da sala de espera, há uma ausência de ações preventivas direcionadas à população. Os profissionais se sentem receosos em abordar a temática e desestimulados a notificar casos de violência, impactando sua atuação, devido ao medo dos possíveis riscos e ameaças advindas do tráfico. Outro ponto fundamental é a falta de incentivo e investimento da gestão municipal em processos formativos que dê subsídios na identificação, atuação e prevenção das variadas formas de violência. Vale salientar ainda a inexistência de protocolos documentados que contemplem as diversas formas da violência, existindo apenas um protocolo em casos de violência sexual, fator que limita uma atuação efetiva, que abarque as violências não explícitas. Por fim, nota-se também: o desconhecimento dos profissionais sobre os outros serviços da rede intersetorial do município; sobrecarga nos processos de trabalho e o desfinanciamento das políticas sociais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Por fim, compreendeu-se que a violência aparece no cotidiano da APS, trazendo impactos na prestação do serviço. Pôde-se identificar que a violência é um fenômeno multidimensional, que está diretamente relacionada à organização social. Segundo Filho, nas sociedades marcadas por relações de violência, esta torna-se uma “linguagem organizadora”. [2] Dessa forma, os serviços de saúde não ficam isentos dessa organização social. Observou-se que os profissionais desconhecem o fato de que a estrutura social atual tem a violência como base, tratando-a de forma superficial, até que se manifeste

de maneira direta, ficando “à espera da violência bater na porta da unidade de saúde”. [4] Isso evidencia a inadequação da estrutura tradicional dos serviços de saúde e a necessidade de uma abordagem multiprofissional, como aponta Minayo. [5] Sendo assim, destaca-se a importância de uma formação contínua e crítica para que seja possível garantir uma atuação efetiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- [2] Filho C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. São Paulo em perspectiva. 2001;15:20-27.
- [3] Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.
- [4] Mendonça C, Machado D, Almeida M, Catanheira E. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciênc Saúde Colet. 2020;6: 2247-2257.
- [5] Minayo M. Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde. In: Njaine, KA, Simone Constantino P, organizadoras. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.

VIOLÊNCIA FÍSICA NO NAMORO ENTRE OS ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO: ESTUDO DE BASE ESCOLAR

Isaura Barros Alves Pinto¹

Franciéle Marabotti Costa Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de intensas transformações, no qual amizades e namoros ganham destaque, enquanto a família perde centralidade na socialização dos jovens [1]. Essa fase é crítica para a construção de definições e comportamentos, tornando os adolescentes vulneráveis às normas sociais de seus grupos, que podem influenciar atitudes violentas ou pré-violentas.

A violência no namoro (VN) refere-se a agressões físicas, emocionais ou sexuais entre parceiros íntimos, podendo incluir controle e restrição de autonomia do parceiro [2]; [3]. A violência física, caracterizada por tapas, empurrões, beliscões, lesões graves, entre outros, pode causar impactos na saúde, como depressão, ansiedade e abuso de substância[4-6].

Estudo realizado em 2018, em Recife, com 270 adolescentes, apontou que 32% foram vítimas de violência física no namoro e 37,6% relataram ser perpetradores [7]. Assim, compreender a prevalência dessas características e seus fatores associados é essencial para subsidiar políticas públicas. Este estudo tem como objetivo analisar a violência física no namoro entre adolescentes da Região Metropolitana do Espírito Santo e sua relação com fatores socioeconômicos, comportamentais e experiências de violência.

OBJETIVO

Identificar a prevalência de violência física no namoro e sua associação com as características socioeconômicas, comportamentais e experiências de violências entre adolescentes do ensino médio da Região Metropolitana de Vitória no Espírito Santo/ES.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e analítico, com amostragem por conglomerados e estratificação, realizado em escolas públicas e privadas da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo. A RMGV compreende os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, totalizando cerca de 1.880.828 habitantes e 276 escolas de ensino médio, aproximadamente 36% das instituições do estado [8].

A população-alvo foi composta por 1.238 adolescentes de 14 a 19 anos, regularmente matriculados, cuja participação ocorreu mediante consentimento dos responsáveis (TCLE) e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). A amostragem utilizou um nível de confiança

1 Universidade Federal do Espírito Santo. Email: isauraalves34@gmail.com

de 95% e erro máximo de 5%. A violência física no namoro foi investigada com a pergunta: “Você já sofreu violência física (VF) no namoro?” (sim/não) e as variáveis independentes incluíram características socioeconômicas, comportamentais e experiências prévias de violência.

As análises estatísticas foram conduzidas no Stata 17.0. Para estatísticas descritivas, calcularam-se frequências absolutas e relativas. Na análise bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.238 adolescentes. Desses, 5,7% (IC95%: 4,5–7,1) relataram ter sofrido violência física no namoro, enquanto 94,4% (IC95%: 92,9–95,5) negaram essa experiência. Ao analisar os resultados por sexo, observa-se que, entre as adolescentes do sexo feminino, 5,2% (IC95%: 3,8–7,0) relataram a vivência de violência física no namoro, enquanto 94,8% (IC95%: 93,0–96,2) afirmaram não ter passado por essa experiência. Entre os adolescentes do sexo masculino, 7,0% (IC95%: 4,9–9,8) relataram ter sido vítimas, e 93,0% (IC95%: 90,2–95,1) não sofreram essa forma de agressão.

Com relação às variáveis sociodemográficas, a prevalência foi maior entre adolescentes com 16 anos ou mais, que apresentaram 6,6% (IC95%: 5,2–8,3), comparados aos com 15 anos ou menos, com 1,7% (IC95%: 0,7–4,5) ($p = 0,002$). Adolescentes não cisgênero tiveram prevalência significativamente maior (10,2%; IC95%: 5,6–18,0) em comparação com os cisgênero (5,3%; IC95%: 4,1–6,7; $p = 0,042$).

Entre os fatores comportamentais, os que já tiveram relação sexual apresentaram 6,8% (IC95%: 5,3–8,9) de violência, em comparação com 3,8% (IC95%: 2,4–5,9) dos que nunca tiveram ($p = 0,023$). O consumo de álcool associou-se à violência física, sendo 8,2% (IC95%: 6,0–11,1) entre os consumidores e 4,1% (IC95%: 2,9–5,8) entre os não consumidores ($p = 0,003$). O uso de drogas revelou prevalência de 14,7% (IC95%: 9,9–21,3) entre usuários versus 4,4% (IC95%: 3,3–5,8) entre não usuários ($p < 0,001$). Nas experiências de violência, os que sofreram cyberbullying apresentaram 11,0% (IC95%: 6,2–18,8) de violência física, comparados a 5,2% (IC95%: 4,0–6,6) dos que não sofreram ($p = 0,016$). Os que sofreram bullying tiveram prevalência de 8,1% (IC95%: 6,2–10,6), contra 2,9% (IC95%: 1,8–4,6) dos que não sofreram ($p < 0,001$).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados evidenciam que a violência física no namoro é uma realidade entre adolescentes do Ensino Médio, com maior prevalência entre aqueles com 16 anos ou mais e adolescentes não cisgênero. Além disso, fatores comportamentais, como já ter tido relação sexual, consumo de álcool e uso de drogas, demonstraram associação significativa com a vivência de violência. As experiências de vitimização também se mostraram relevantes, uma vez que adolescentes que sofreram bullying ou cyberbullying apresentaram maiores prevalências de violência no namoro.

Esses resultados mostram a precocidade com que os adolescentes estão sofrendo violência por parceiros íntimos, e enfatiza a importância de estudos direcionados a este público tão vulnerável. Por fim, visa enfatizar a necessidade de ações preventivas, bem como políticas públicas que promovam ambientes escolares seguros e estratégias educativas sobre relacionamentos saudáveis.

REFERÊNCIAS

- [1] Diniz GRS, Alves CO. Gênero e violência no namoro. In: Murta SG; Bucher-Maluschke JSNF. Violência no namoro: estudos, prevenção e psicoterapia. Curitiba: Appris; 2015.
- [2] Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Vigilância da violência entre parceiros íntimos: definições uniformes e elementos de dados recomendados. Versão 1.0. 1999. Disponível online: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf>
- [3] Pérez-Marco A, Soares P, Davó-Blanes MC, Vives-Cases C. Identificando tipos de violência no namoro e fatores de proteção entre adolescentes na Espanha: uma análise qualitativa de materiais Lights4Violence. Interno. J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública. 2020;17(2443). Doi: 10.3390/ijerph17072443
- [4] Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- [5] Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.
- [6] Centers For Disease Control And Prevention. Understanding Teen Dating Violence. Estados Unidos, Atlanta; 2016
- [7] Veríssimo AVR, Silva EA, Soares KHD, Amaral ELS, Brandão Neto W, Ludermit AB, Monteiro EMLM, Aquino JM. Prevalência e fatores associados à violência no namoro entre adolescentes de escola pública. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210170. doi: 10.1590/19831447.2022.20210170.pt.
- [8] IBGE. Censo Demográfico 2022. Espírito Santo: IBGE; 2022.

VIOLENCIA INTERPERSONAL Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE JALISCO, MÉXICO, DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Anabel Rojas-Carmona¹

Evangelina Díaz-Andrade

Rosibel Rodríguez-Bolaños

Paula Ramírez-Palacios

Reyna Cruz Tolentino

Edna Arillo-Santillán

Inti Barrientos-Gutiérrez

Dèsirée Vidaña-Pérez

James F Thrasher

INTRODUCCIÓN

Durante el período de pandemia, adolescentes y jóvenes de distintas regiones del mundo han reportado efectos por las medidas de mitigación: aumento en la sensación de soledad, comportamientos de riesgo como consumo de marihuana y alcohol y disminución de la actividad física a causa del distanciamiento social, aumento en los niveles de depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático, que podrían persistir hasta la edad adulta, siendo la depresión uno de los padecimientos más comunes entre adolescentes durante el periodo de confinamiento (1). Algunos países repostaron aumento percibido de la violencia intrafamiliar y de género. En países latinoamericanos, se reportó un incremento de 21% en las discusiones en casa, 52% mayor estrés y 47% un incremento en episodios de ansiedad. (2)

En México, la prevalencia de depresión en población adolescente se incrementó de 13.6% en 2018 a 19.7% en 2020. (3) Además, durante pandemia, el 36.5% de esta población reportó haber sufrido algún tipo de violencia en sus hogares: violencia física 20.3%; psicológica 35.0%; sexual 2.6%; y cualquier tipo de acoso en línea 34.4%. Cabe mencionar que, en Jalisco, la población joven representa el 31.2% de la población total del estado, (4) y durante el 2022 estuvo entre los 10 primeros estados de México con más feminicidios y llamadas por violencia familiar.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de depresión, a la exposición de diferentes tipos de violencia y analizar los factores asociados a violencia recibida en estudiantes adolescentes de Jalisco, en contexto de pandemia por COVID-19.

1 Universidad del Mar. E-mail: anabel.rojas.carmona@aulavirtual.umar.mx

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta en-línea entre septiembre a diciembre de 2021 a un total de 3,046 adolescentes de 12 a 19 años. Se utilizó Inventario de Beck para depresión, y auto-reporte de violencias (física, psicológica, sexual, abandono y digital). Para el análisis de los datos se llevaron a cabo modelos de regresión logística para explorar factores sociodemográficos, uso redes sociales y videojuegos asociados con depresión y violencias. La riqueza familiar se evaluó con la Family Affluence Scale (FAS, por siglas en inglés), categorizando las puntuaciones en baja, media y alta riqueza; y reglas parentales sobre el uso de videojuegos, Internet y televisión en tres categorías: ninguna (0 reglas), alguna (1-2 reglas) y mucha regulación (3-4 reglas).

Previo a la recolección de la información, se solicitaron asentimientos informados. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética y de investigación de los Servicios de Salud de Jalisco (103/RVI/2021).

RESULTADOS

El 57.4% de respondientes son mujeres y 78.0% está en adolescencia temprana. Se encontró una prevalencia de depresión de 28.8%. El 46.9% reportó recibir violencia física, 42.7% psicológica, 5.2% sexual, 34.9% abandono, y 12.3% violencia digital.

Los factores asociados con recibir violencia física fueron ser mujer, tener un trabajo remunerado, uso frecuente/muy frecuente de redes sociales y baja escolaridad del padre. Para la violencia psicológica, las variables asociadas fueron ser mujer, estar en adolescencia media/tardía, uso frecuente/muy frecuente de redes sociales, usar videojuegos ≥ 4 horas por día. La violencia sexual, se asoció con ser mujer, estar en adolescencia media/tardía y bajo promedio escolar. Hubo mayor reporte de abandono en aquellos quienes tenían un trabajo remunerado, desconocían la escolaridad del padre y pertenecían al tercíl más alto de la EAF. Tener alto promedio escolar y madres con escolaridad mínima de preparatoria tuvieron menor probabilidad de reportar abandono.

Ser mujer, pertenecer al grupo la adolescencia media/tardía y usar videojuegos ≥ 5 horas por día son características que reportan mayor posibilidad de recibir violencia digital.

Ser mujer (RM=1.67; IC 95% 1.36-2.07), estar en adolescencia media/tardía (RM=1.46; IC 95% 1.18-1.81), no tener papá (RM=1.54; IC 95% 1.03-2.33) y usar videojuegos ≥ 5 horas por día (RM=2.67; IC 95% 1.74-4.09), se asoció con mayor posibilidad de depresión. Cuatro de los cinco tipos de violencia exploradas se asociaron con mayor posibilidad de sufrir depresión: violencia física (RM=1.33); psicológica (RM=4.14), abandono (RM=1.61) y digital (RM=1.96), siendo la violencia psicológica la que mostró una mayor probabilidad (RM=4.14; IC 95% 3.38-5.07).

CONSIDERACIONES

La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto negativo en la vida de la población adolescente del sur de Jalisco, lo que incrementó la probabilidad de depresión y recibir violencia. Las mujeres adolescentes son las que más refieren violencias vividas y por lo tanto mayor probabilidad de depresión. El trabajo remunerado durante la pandemia se asocia a vivir violencias. Por otro lado, por las necesidades educativas durante la pandemia aumentó el tiempo de uso del internet, para mantener cursos en los que la población se encontraba inscrita, lo que puede ocasionar mayor exposición a violencia digital.

Los resultados orientan hacia la necesidad de implementar políticas públicas intersectoriales que involucren a los entornos familiares, escolares y comunitarios, de tal manera que se generen programas de protección para las juventudes y adolescencias. Asimismo, programas específicos accesibles para la atención a la salud-enfermedad mental de la población adolescente.

REFERENCIAS

- (1) Caffo E, Asta L, Scandroglio F. Predictors of mental health worsening among children and adolescents during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Curr Opin Psychiatry*. 2021; 34(6):624-630. doi:10.1097/YCO.0000000000000747
- (2) UNICEF. La juventud opina sobre violencia durante la pandemia de la COVID19. UNICEF. 2021. <https://www.unicef.org/lac/la-juventud-opina-sobreviolencia-durante-la-pandemia-de-la-covid-19>
- (3) Larrea-schiavon S, López-lalinde L, Gutiérrez JP. Resultados del estudio sobre violencia en la era COVID-19 (VoCes-19): Línea base reporte. *Population Council. Popul Counc*. 2021; 19:1-154. https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1523/
- (4) Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Información Sobre Violencia Contra Las Mujeres; 2022. Disponible en: http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/nuevametodologia/Info_violencia_contra_mujeres_DIC2018.pdf

VIOLÊNCIA SEXUAL NO NAMORO ENTRE OS ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO: ESTUDO DE BASE ESCOLAR

Isaura Barros Alves Pinto¹

Franciéle Marabotti Costa Leite

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de intensas transformações, no qual amizades e namoros ganham destaque, enquanto a família perde centralidade na socialização dos jovens [1]. Essa fase é crítica para a construção de definições e comportamentos, tornando os adolescentes vulneráveis às normas sociais de seus grupos, que podem influenciar atitudes violentas ou pré-violentas.

A violência sexual no namoro (VSN) refere-se a qualquer forma de coerção para atos sexuais sem consentimento entre parceiros íntimos, podendo incluir pressão psicológica, ameaças ou força física [2,3]. Esse tipo de violência pode causar impactos na saúde, como depressão, ansiedade e risco aumentado de novas vitimizações [4-6].

Estudo realizado em 2018, em Recife, com 270 adolescentes, apontou que 15% foram vítimas de violência sexual no namoro e 19,4% relataram ser perpetradores [7]. Assim, compreender a prevalência dessa forma de violência e seus fatores associados é essencial para subsidiar políticas públicas.

OBJETIVO

Identificar a prevalência de violência sexual no namoro e sua associação com as características socioeconômicas, comportamentais e experiências de violências entre adolescentes do ensino médio da Região Metropolitana de Vitória no Espírito Santo/ES.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e analítico, com amostragem por conglomerados e estratificação, realizado em escolas públicas e privadas da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo. A RMGV compreende os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, totalizando cerca de 1.880.828 habitantes e 276 escolas de ensino médio, aproximadamente 36% das instituições do estado [8].

A população-alvo foi composta por 1.238 adolescentes de 14 a 19 anos, regularmente matriculados, cuja participação ocorreu mediante consentimento dos responsáveis (TCLE) e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). A amostragem utilizou um nível de confiança de 95% e erro máximo de 5%. A violência física no namoro foi investigada com a pergunta:

“Você já sofreu violência sexual (VS) no namoro?” (sim/não) e as variáveis independentes incluíram características socioeconômicas, comportamentais e experiências prévias de violência.

As análises estatísticas foram conduzidas no Stata 17.0. Para estatísticas descritivas, calcularam-se frequências absolutas e relativas. Na análise bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), com intervalo de confiança de 95% e o P-valor.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.238 adolescentes. Desses, 7,75% (IC95%: 6,4–9,4) relataram ter sofrido violência sexual (VS) no namoro, enquanto 92,25% (IC95%: 90,6–93,6) negaram essa experiência.

Com relação às variáveis sociodemográficas, a prevalência foi maior entre adolescentes não heterossexuais, que apresentaram 12,20%, comparados aos heterossexuais, com 6,36% ($p = 0,001$). Na associação da VS com a variável religião mostrou, 7,12% dos que possuem nenhuma religião, 5,33% dos que são da católica, 8,11% da evangélica e 14,41% de outras religiões sofreram violência sexual no namoro ($p = 0,022$).

Entre os fatores comportamentais, os que já tiveram relação sexual apresentaram 9,74% de violência, em comparação com 4,60% dos que nunca tiveram ($p = 0,001$). O consumo de álcool associou-se à violência sexual, sendo 10,82% entre os consumidores e 5,93% entre os não consumidores ($p = 0,002$). O uso de drogas revelou prevalência de 16,67% entre usuários versus 6,53% entre não usuários ($p < 0,001$). Nas experiências de violência, os que praticaram e sofreram cyberbullying tiveram uma associação significativa ($p = <0,05$). Os que sofreram bullying tiveram prevalência de 11,07%, contra 3,95% dos que não sofreram ($p < 0,001$).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A violência sexual no namoro entre adolescentes mostrou-se um problema significativo, com maior prevalência entre não heterossexuais, evidenciando vulnerabilidades associadas à orientação sexual. A religião também apresentou diferenças na prevalência, com destaque para adolescentes de outras religiões. Fatores comportamentais, como experiência sexual prévia, consumo de álcool e uso de drogas, aumentam significativamente o risco de vivenciar essa forma de violência.

Além disso, a relação com experiências de violência, como bullying e cyberbullying, reforçam a necessidade de intervenções voltadas à prevenção e ao suporte psicossocial. Esses resultados ressaltam a importância de políticas públicas que promovem ambientes seguros e estratégias de enfrentamento da violência no contexto.

REFERÊNCIAS

- [1] Diniz GRS, Alves CO. Gênero e violência no namoro. In: Murta SG, Bucher-Maluschke JSNF. Violência no namoro: estudos, prevenção e psicoterapia. Curitiba: Appris; 2015.
- [2] Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Vigilância da violência entre parceiros íntimos: definições uniformes e elementos de dados recomendados. Versão 1.0. 1999. Disponível online: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf>
- [3] Pérez-Marco A, Soares P, Davó-Blanes MC, Vives-Cases C. Identificando tipos de violência no namoro e fatores de proteção entre adolescentes na Espanha: uma análise qualitativa de materiais Lights4Violence. Interno. J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública. 2020;17(2443). doi: 10.3390/ijerph17072443
- [4] Minayo, MCS. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- [5] OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002.
- [6] CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Understanding Teen Dating Violence. Estados Unidos, Atlanta, 2016.
- [7] Veríssimo AVR, Silva EA, Soares KHD, Amaral ELS, Brandão Neto W, Ludermit AB, Monteiro EMLM, Aquino JM. Prevalência e fatores associados à violência no namoro entre adolescentes de escola pública. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210170. doi: <https://doi.org/10.1590/19831447.2022.20210170.pt>.
- [8] IBGE. Censo Demográfico 2022. Espírito Santo: IBGE. 2022.

VIOLÊNCIAS INSTITUCIONAIS CONTRA MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Miriane Menezes Lovisi¹

Roger Flores Ceccon

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) é composta por pessoas que utilizam áreas públicas como habitação devido à falta de moradia convencional e outros fatores que envolvem instabilidade econômica, uso prejudicial de álcool e outras drogas, desigualdades sociais e rompimento de vínculos familiares [1].

O número de mulheres nas ruas tem crescido nos últimos anos, fazendo com que elas enfrentem desafios em um ambiente predominantemente masculino. As mulheres representavam, em 2022, 12% das 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil [2]. As vivências de privações e violências trazem necessidades psicológicas, sexuais e reprodutivas, que são negligenciadas pelo precário acesso aos serviços de saúde, seguridade social e segurança pública [3,4].

As violências institucionais praticadas por instituições públicas responsáveis pela garantia de direitos relegam às PSR a condição de sujeitos destituídos de autonomia e dignidade, não merecedores de direitos humanos. A Lei municipal n. 11.134/2024, no município de Florianópolis, é um exemplo, pois estabelece a internação compulsória de pessoas em situação de rua sob o pretexto de uma “ação humanizada e protetiva”, embora se estime que haja outras violências institucionais cometidas principalmente contra mulheres em diferentes contextos do país, o que torna necessária pesquisas científicas sobre o tema.

OBJETIVO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a literatura científica sobre o tema da violência institucional contra mulheres em situação de rua no Brasil, considerando que este grupo enfrenta uma dupla vulnerabilidade, relacionada às desigualdades de gênero e de classe social.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa sobre o fenômeno da violência institucional sofrida por mulheres em situação de rua a partir de uma busca de artigos científicos nas plataformas de pesquisa “Scielo”, “PubMed” e “Google Acadêmico”, a fim de mapear a literatura disponível sobre o tema entre os anos de 2009, (quando foi instituída a Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua) a 2025.

As informações foram coletadas no mês de março de 2025 utilizando os descritores “mulheres”, “pessoas em situação de rua”, “moradores de rua” e “violência”, estabelecendo-se como critérios de

inclusão artigos publicados em português, inglês ou espanhol que abordassem o tema das violências institucionais contra mulheres em situação de rua. Os dados foram analisados criticamente buscando o diálogo entre a literatura sobre as vulnerabilidades enfrentadas por essa população e as iniquidades causadas pelas desigualdades de gênero na sociedade brasileira.

RESULTADOS

O aumento da PSR no Brasil, especialmente em grandes centros urbanos, revela a ineficiência de políticas públicas para atender necessidades básicas, como moradia e alimentação [5]. Entre 2012 e 2022, houve um crescimento de 211% da PSR, ao passo que a população geral cresceu 11% no mesmo período [2].

Apesar das mulheres serem minoria na PSR, elas possuem especificidades que contribuem no processo de marginalização, potencializando as violências a que são sujeitadas. A maioria das mulheres em situação de rua é jovem, negra e usuária de drogas. São mulheres que precisam encontrar formas criativas de tornar privado o espaço público ao realizar atividades básicas, como as necessidades fisiológicas e manutenção da higiene pessoal durante o período menstrual, dificultadas pela ausência de banheiros públicos [6].

Além disso, essas mulheres enfrentam barreiras no acesso ao aborto legal e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva [3], agravadas pelo estigma de serem vistas como “pobres” e “drogadas”, inclusive por parte da rede assistencial, que perpetuam práticas excludentes.

Socialmente, as mulheres ainda são vistas por sua capacidade reprodutiva. Apesar do marco legal de 2016 afirmar que a vulnerabilidade e o uso de drogas dos pais não justificam a separação dos filhos, a judicialização dessas maternidades persiste em várias regiões brasileiras[7].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As PSR enfrentam uma série de desafios que as tornam mais vulneráveis à violência e à violação de direitos humanos em comparação com a população geral. Isso se deve ao estigma e ao preconceito decorrentes de viverem à margem da sociedade. A marginalização resulta na negligência por parte das instituições e no despreparo dos profissionais que deveriam oferecer suporte, dificultando o acesso a serviços de cuidado integral.

A situação das PSR se tornou um problema de saúde pública, e as políticas atuais não conseguem lidar com a complexidade das desigualdades sociais geradas por um sistema capitalista. Os serviços que deveriam proteger e garantir direitos muitas vezes perpetuam a violência através de práticas discriminatórias, desrespeitosas e higienistas, como o recolhimento compulsório e a implantação de arquiteturas hostis que restringem a permanência dessas pessoas na rua.

Para desenvolver estratégias eficazes que atendam às necessidades das PSR é necessário considerar as interseccionalidades. Compreendendo saúde como direito de todos e dever do Estado,

é fundamental reconhecer a influência de fatores como gênero, raça e classe nas iniquidades de saúde enfrentadas por essas pessoas.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Política Nacional para inclusão Social da População em situação de Rua. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.
- (2) IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022) [online]. Diretoria de Estudos de Políticas Sociais. 2022
- (3) Neiva-Silva, L. et al. Experiência de gravidez e aborto em crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. Cien Saúde Coletiva. 2018.
- (4) Coldibeli, LP. et al. Itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua: as múltiplas faces do cuidado. Psicologia & Sociedade. 2023.
- (5) Fernandes, MA. et al. Violências vivenciadas pela população em situação de rua: estudo transversal. Rev Enferm Atual In Derme. n. 98, v. 2, 2024.
- (6) Oliveira, MA. “Se essa rua fosse minha”: Mulheres em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro. *In*: População em situação de rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais. Andrade et al (org.). Rede Unida. 2022.
- (7) Santos, GC et al. O consumo de crack por mulheres: uma análise sobre os sentidos construídos por profissionais de consultórios na rua da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2020;25(10):3795-3808.

VIVÊNCIA EM CAMPO JUNTO AO CONSULTÓRIO NA RUA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Clara Jennings Moraes¹

Fernanda Gabriela Ferreira

Guilherme Correa Barbosa

Luiz Henrique de Araujo Machado

Eliana Goldfarb Cyrino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Historicamente o modo de produção capitalista produz desigualdades sociais, caracterizando grupos de pessoas vulnerabilizadas, em que os direitos constitucionais não são garantidos. Nesse sentido, populações encontram na rua suas formas de sobrevivências, o que se relaciona a multicausalidade de fatores como a pobreza e desemprego, ausência de moradia, quebra vínculos familiares, questões de saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas(1,2).

Para tanto, o Consultório na Rua (CnaR), instituído como componente da Atenção Primária à Saúde, promove o cuidado à população em situação de rua (PSR). Por meio da atuação in loco, de forma itinerante, configura-se como ponte entre os serviços da rede, tanto da saúde como da assistência social, mediante ações articuladas para atender as necessidades da PSR(3,4).

Dado que o cuidado a PSR baseia-se na compreensão da realidade vivida e nas ações no território da rua, a atuação dos profissionais de saúde pressupõe a transposição de estigmas e a construção de vínculos². Diante disso, tais competências devem ser desenvolvidas durante a formação dos futuros profissionais da saúde, para que o cuidado oferecido reduza as iniquidades em saúde e promova o acesso aos direitos(4).

OBJETIVO

Relatar a experiência de integrantes do PET Saúde Equidade vivenciada durante a atuação itinerante da equipe do Consultório na Rua, de um município do interior paulista.

METODOLOGIA

Foi elaborado a partir do acompanhamento de um dia de atuação itinerante da eCnaR em 2024, por integrantes do grupo tutorial: Cuidado às Trabalhadoras do CnaR, de uma universidade pública paulista, do PET-Saúde: Equidade⁴.

A vivência compôs a etapa de observação da realidade na perspectiva do Arco de Maguerez(5), seguindo o princípio de equidade do SUS e da compreensão acerca da determinação social do processo

1 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. E-mail: ana.jennings@unesp.br

saúde doença, justificando a utilização do Arco pelo viés problematizador e crítico da realidade(3,4). A observação da realidade permitiu que o grupo PET planejasse ações embasadas nas demandas do serviço e da população assistida, favorecendo o cuidado tanto das trabalhadoras quanto dos usuários do CnaR.

Participaram duas discentes de enfermagem do PET-Saúde em questão e uma enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, e a eCnaR composta por dois enfermeiros e uma técnica de enfermagem. No período da manhã, horário preconizado para os atendimentos da equipe, foram percorridos territórios estratégicos do município em diferentes bairros, a exemplo de praças, com presença de pessoas em situação de rua.

Observou-se o vínculo fortalecido entre a equipe do CnaR e seus usuários, e foi percebido a centralidade desses aspectos para relação de cuidado. Através da escuta ativa e da valorização das histórias de vida, foi promovido o acolhimento dos sujeitos diante das especificidades de cada um(2). Seis pessoas foram atendidas, e todas compartilharam em alguma medida os motivos relacionados a situação de rua, como conflitos familiares, desemprego e uso de substâncias psicoativas. Além disso, relataram os meios de sobrevivência, como os lugares de pernoite (construções inutilizadas e serviço de acolhimento) e alimentação (doação, preparações coletivas); relações afetivas, rede de apoio e pertencimento, e questões de saúde (comorbidades, saúde mental, dificuldades de acesso a outros serviços)(2).

Na perspectiva dos usuários, observou-se a percepção de que o único serviço que enxerga as pessoas em situação de rua é o CnaR. Dado que a exclusão social enfrentada muito se baseia no paradigma social de que essas pessoas não produzem, não consomem e, portanto, não existem, a sociedade capitalista construiu uma visão de desvalor e ausência de direitos assegurados(1,2). Contrapondo essa percepção de desumanidade que é imposta sobre essas vivências e subjetividades, conhecemos poetas, trabalhadores, multiplicidades de histórias de vidas de pessoas que buscam sobreviver a uma realidade de marginalização.

Toda a experiência propiciou aos participantes maior compreensão sobre as vivências na rua, na perspectiva das trabalhadoras e dos usuários. Salienta-se que estratégias como a narrada são essenciais para um processo formativo. Subverter a lógica do modelo biomédico, ainda vigente nos serviços de saúde e na formação de futuros profissionais, se faz necessário para assegurar os direitos em saúde e sociais a todos os cidadãos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante do exposto, foi observado que o CnaR promove o acesso da PSR à saúde e a direitos. Ainda assim, foi explicitado a dificuldade de articulação do cuidado com serviços intra e intersetoriais devido o estigma e invisibilidade da PSR e do CnaR, o que dificulta o trabalho da equipe. Salienta-se que o CnaR se configura como uma ponte entre os serviços, mas que a efetiva longitudinalidade, integralidade e equidade no cuidado só é possível com a articulação da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase na Atenção Primária.

No processo formativo de profissionais da área da saúde, a vivência em campo conjuntamente com serviços do território se faz essencial para o desenvolvimento de habilidades e competências de cuidado. É a partir do conhecimento de histórias, da escuta, da observação e atuação na realidade, que os futuros profissionais poderão construir a saúde como meio para garantia de direitos e de bem-estar social.

Em memória do Poeta.

REFERÊNCIAS

- (1) Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC, Fernandes VMB, Heideman ITSB. Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2018;12(12):3513.
- (2) Oliveira RG. 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 Soc*. 2018;27(1):37–50.
- (3) Ceolin B, Chiara Terra I, Carmona R. População em situação de rua: estudo da realidade vivida. *Cad Humanidades Perspectivas*. 2020.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- (5) Cyrino E, Berbel N. A metodologia da problematização no ensino em saúde suas etapas e possibilidade: a problematização em educação em saúde percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: SciELO Books; Editora UNESP; 2015.

VOZES E OLHARES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL MÉDICO-PACIENTE

Márcia Silveira Ney¹

Samara Cristina da Silva Cabral

Mirian Teresa de Sá Leitão Martins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As novas Diretrizes Curriculares de 2014, para o curso médico, trazem no seu escopo entre outras considerações o compromisso com a saúde integral dando ênfase à Saúde Coletiva, considerando as dimensões de risco e vulnerabilidade dos sujeitos. Sendo a violência um determinante social da saúde é necessário romper com o seu silenciamento. Inserir o tema na disciplina de saúde coletiva contribui para a formação médica. A violência interpessoal é uma questão de saúde pública e pode ocorrer na relação profissional de saúde/ paciente [1]. Se caracteriza como violência institucional- aquela praticada por órgãos e profissionais, e se manifesta no setor saúde através do tratamento grosseiro, na negligência-incluindo o não alívio da dor- em preconceitos, repreensão, ameaças e até violência física e abuso sexual [2,3].

OBJETIVO

Relatar uma atividade pedagógica- Relato de Experiência-com discentes de curso de medicina que teve como objetivo desenvolver uma reflexão crítica sobre a violência institucional na interação médico-paciente.

METODOLOGIA

Foi realizada uma roda de conversa com 12 discentes do curso de medicina de uma universidade pública estadual, com a seguinte dinâmica: o grupo se organizou em roda numa sala e em seguida os participantes se apresentaram brevemente, foi proposto ao grupo circular uma caixa que em seu interior havia papéis com frases transcritas de situações vivenciadas por estudantes no estágio clínico de uma determinada universidade. As frases fazem parte corpus do estudo de Choc e colaboradores [4] em que foi analisada a percepção de estudantes de medicina sobre comportamentos de docentes e preceptores com pacientes que poderiam ser considerados violências institucionais como: abusos verbais, assédios morais e preconceitos em decisões clínicas.

Cada discente ao pegar um papel lia a frase para o grupo e explicitava um comentário sobre o seu conteúdo. Outros componentes do grupo também puderam fazer comentários sobre cada frase lida, se assim desejassem. Ao final dessa etapa, foi proposto dois momentos, o primeiro- a exposição oral de uma das autoras sobre os aspectos multifatoriais da violência e o segundo- o debate sobre experiências

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: marcia.ney.unesa@gmail.com

dos discentes no estágio clínico identificadas como violência na interação médico-paciente. Ao final, foi proposto um debate oral com o grupo sobre o tema apresentado.

No debate, alguns comportamentos dos docentes, no estágio clínico, foram identificados como atitudes de violência, que há o silenciamento institucional quando a violência ocorre e que esta é um comportamento para reafirmarem o poder médico perante pacientes através do não respeito a autonomia dos pacientes e sua realidade psicossocial. Através dos relatos dos discentes podemos levantar a hipótese de que há a compreensão sobre a intersecção entre atitude e responsabilidade no exercício da profissão médica como um compromisso ético e que a Violência na relação médico-paciente foi tema de aulas no seu curso.

Os resultados mostram que ao propor uma atividade dialógica e interativa pode-se promover a reflexão sobre o tema da violência nas relações interpessoais no campo médico. Além disso, a vivência prática-reflexiva possibilitou a aquisição de maiores conhecimentos sobre as violências institucionais na saúde e suas intersecções com outros determinantes sociais e o compromisso ético do profissional médico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atividade da dinâmica de grupo com os discentes do curso médico, pelo seu caráter pedagógico crítico-reflexivo, possibilitou o debate de um tema muitas vezes silenciado no campo da saúde- a violência institucional- subjacente na relação médico paciente. A atividade proposta possibilitou complementar competências já adquiridas na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)/ Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro sua formação sobre a interação médico- paciente baseada no respeito à autonomia desses e sem abuso de poder.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira WF. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde Soc.* 2008; 17(3):42-53.
- [2] Aguiar JM, D'oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2011;15(36):79-91.
- [3] D'oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet.* 2002;359(11):1681-5.
- [4] Choc C *et al.* Exploring Professionalism Dilemma and Moral Distress through Medical Students' Eyes: A Mixed-Method Study. *Environ. Res. Public Health.* 2022;19:1-18.

VULNERABILIDADES EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE OURO PRETO, MG: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Eloisa Helena de Lima¹

George Luiz Lins Machado-Coelho

Ángel Martínez-Hernández

Laura Magalhães Rocha e Silva

Daniela Fonseca Abdo Rocha

Nathália Maria Ladeira de Oliveira

Celina Maria Modena

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta e, apesar de ter como definição legal a idade entre 12 a 18 anos, é uma fase complexa que vai além da transformação física, mas também envolve mudanças influenciadas pelo contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido, como gênero, raça/cor, fatores econômicos, acesso à informação, início da vida sexual (1). Tal complexidade contribui para o aumento da prevalência do sofrimento psíquico, ansiedade e depressão entre os adolescentes e, por conseguinte, aumento da vulnerabilidade em saúde mental (1). No Brasil, ainda são poucos os estudos em relação à saúde mental dos adolescentes, apesar do aumento da prevalência do sofrimento psíquico. Diante disso, entender os fatores relacionados às vulnerabilidades a que estão expostos torna-se fundamental para a criação de políticas públicas direcionadas e, nesse contexto, a escola torna-se local privilegiado como cenário prático de execução dessas ações. Nesse sentido, buscou-se no presente estudo identificar e compreender o perfil de saúde e as principais vulnerabilidades desse público por meio de uma parceria entre a Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou – FIOCRUZ MINAS e a Universitat Rovira i Virgili–Espanha.

OBJETIVO

O objetivo principal do estudo foi identificar os fatores associados às vulnerabilidades em saúde mental de adolescentes matriculados no Ensino Médio (EM) de escolas públicas de Ouro Preto. Os objetivos secundários foram: contribuir para a construção de conhecimento acerca da saúde mental de adolescentes visando a redução das vulnerabilidades; e favorecer a construção e planejamento de intervenção educativa em saúde dos adolescentes em ambientes escolares.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal de base populacional. Foram incluídos participantes na faixa etária entre 14 e 19 anos, de ambos os sexos, cursando o primeiro e segundo ano do ensino médio no

1 Universidade Federal de Ouro Preto – eloisalima@ufop.edu.br

período de agosto a dezembro de 2023. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CAA: 33453120.5.0000.5150). Para a coleta de dados utilizou-se o Youth Risk Behavior Survey, questionário validado em estudo multicêntrico no Brasil (2). Este instrumento aborda diferentes exposições de risco, tais como, violências, sexualidade e uso excessivo de internet. Após assinatura dos termos de consentimento e assentimento, participaram do estudo 355 alunos do Ensino Médio. Razão de chances (odds ratio, OR) e intervalo de confiança (IC95%) foram calculados a partir da análise univariada (qui-quadrado de Pearson) e multivariada. Para controle do viés de informação, houve treinamento da equipe e orientação acerca do correto preenchimento do questionário com o auxílio dos softwares Kobotoolbox e Kolbocollect instalados em tablets; para minimizar o viés de seleção, em caso de recusa de participação, outro aluno da lista de chamada do mesmo sexo foi sorteado.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 355 estudantes. Dos inicialmente sorteados, 190 (53,5%) não responderam ao questionário devido à falta dos termos de autorização, recusa ou desistência, resultando em uma perda amostral de 6,6%. Entre os participantes, 54,9% (n = 192) se identificaram como sendo do sexo feminino e 45,1% (n = 158) do masculino, sendo que 1,40% (n = 5) não responderam a essa questão. No total, 67,3% (n = 239) relataram vulnerabilidade em saúde mental, sendo a maioria do sexo feminino (65,7%; p -valor < 0,001).

As variáveis que explicaram de forma independente e significativa a vulnerabilidade em saúde mental foram: adolescentes do sexo feminino apresentaram três vezes mais chances de vulnerabilidade do que adolescentes do sexo masculino [OR = 3,22; IC95% (1,85;5,61); p -valor<0,001]; aqueles que se identificam como parte da população LGBT têm uma chance seis vezes maior de vulnerabilidade em comparação com os demais adolescentes [OR=5,95; IC95% (2,39;14,83); p -valor<0,001]. Além disso, foi observada uma chance aproximadamente duas vezes maior de vulnerabilidade entre os que já iniciaram a vida sexual [OR = 2,09; IC95% (1,17;3,73); p -valor=0,013]. Foi visto também que há maior chance entre aqueles com uma percepção ruim ou péssima de sua saúde [OR = 13,24; IC95% (1,71;102,40); p -valor=0,013], entre aqueles que realizaram alguma ação em relação ao peso corporal [OR = 1,91; IC95% (1,11;3,28); p -valor=0,019], e entre os que utilizavam a internet por mais de sete horas ao dia [OR = 2,02; IC95% (1,01;4,05); p -valor=0,047].

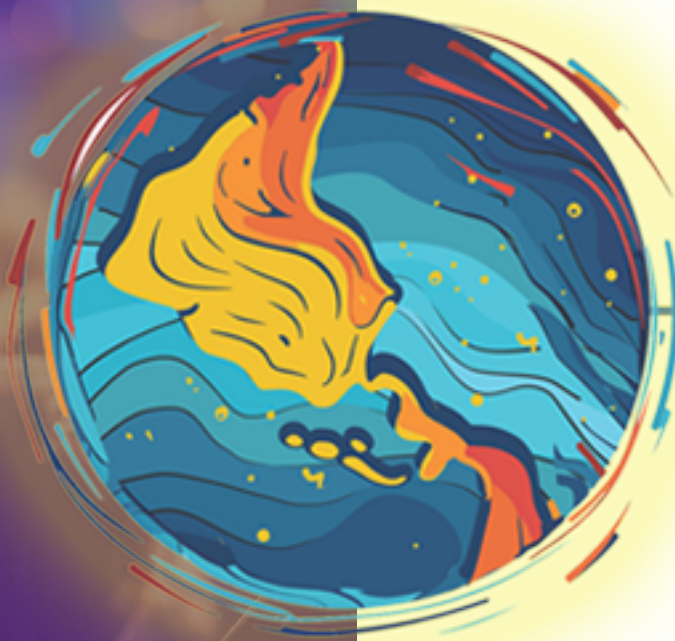
CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir dos dados apresentados, percebe-se que os alunos do sexo feminino apresentam maior vulnerabilidade em saúde mental, o que reflete à maior tendência de desenvolvimento de depressão e ansiedade entre as mulheres (1). A população LGBT também apresenta maior vulnerabilidade em saúde mental, o que pode ser resultado de estigmatização, exclusão social e violência (3). As vulnerabilidades em saúde mental naqueles com início precoce da vida sexual pode refletir a falta de diálogo sobre

sexualidade dentro de casa, principalmente entre as meninas (1). A procura por um corpo dentro dos padrões de beleza impostos pela mídia e a autopercepção corporal fora desses padrões também são causa de piora da saúde mental (4). O uso excessivo de telas pode estar associado ao sedentarismo (1). Diante da identificação dos principais fatores que levam à vulnerabilidade em saúde mental dos adolescentes, é possível a criação de políticas públicas que utilizam a escola como ferramenta de intervenção.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/w?sequence=1>.
- (2) Schall VT, Koptck LS, Lyra J, Nogueira MJ. Youth Risk Behaviour Survey: Validação do Instrumento para Análise Anual de Comportamento de Risco entre Adolescentes Brasileiros. Relatório Final YRBS. Belo Horizonte: Fiocruz-MG; 2012.
- (3) Faria MA, Gomes MCA, Modena CM. “Mar de bullying”: turbilhão de violências contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na escola. Educ Pesqui. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202248241630por>.
- (4) Wroblevski B, et al. Relação entre insatisfação corporal e saúde mental dos adolescentes brasileiros: um estudo com representatividade nacional. Cienc Saude Colet. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vXvsK3JSGqBGgFxFxSVvLz8m/?lang=pt>.



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

EJE 6: POLÍTICAS Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

EIXO 6: POLÍTICAS E MODELO DE CUIDADO

Cartel/Poster

EJE 6: POLÍTICAS Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD/

EIXO 6: POLÍTICAS E MODELO DE CUIDADO

Cartel/Poster

A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA ODONTOGERIATRIA: A IMPORTÂNCIA E ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA AOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO VOLTADOS A TERCEIRA IDADE.....	1885
A ATENÇÃO BÁSICA E GERENCIALISMO: OS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	1888
A ATUAÇÃO DA AGSUS NO PLANO EMERGENCIAL YANOMAMI.....	1891
A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM PONTOS DE TRANSPORTE PÚBLICO COM A POPULAÇÃO EM GERAL: SAÚDE NO PONTO	1894
A CONVERSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM UMA SALA VERDE DE EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1897
A COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DOS ATENDIMENTOS	1900
A CRIAÇÃO DE LIGAS ACADÊMICAS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA SAÚDE NA PROMOÇÃO DA INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	1903
A DIFERENÇA NA ABORDAGEM PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) E NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SAE)- RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1906
A DISSEMINAÇÃO DE FAKE NEWS E A MOBILIZAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE: UM RELATO DE CASO	1909
A EFICÁCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOÇÃO DE ACESSIBILIDADE NA MOBILIDADE URBANA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	1911
A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO DE MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: QUANDO A UNIVERSIDADE, OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O TERRITÓRIO CONVERGEM PARA O CUIDADO COMPARTILHADO.....	1914
A GESTÃO DO CUIDADO PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E EM CUBA: REFLEXÕES À LUZ DE CECÍLIO.....	1917
A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO EM ADOLESCENTES DO COLÉGIO ESTADUAL HÉLIO RANGEL, DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO	1920
A IMPORTÂNCIA DO SONO REGULAR NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO: AS POSSIBILIDADES DO GRUPO HIPERDIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	1922
A INSERÇÃO CONTÍNUA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA.....	1925
A INTERPROFISSIONALIDADE NA INICIAÇÃO CIENTÍFICA: REFLETINDO O CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	1928

A PARTICIPAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ITINERÁRIOS DE CUIDADO PARA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ PREVISTA EM LEI: DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO.....	1931
A PRODUÇÃO DO CUIDADO FAMILIAR NA ÁREA DO ENVELHECIMENTO	1934
A QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS PARA PROVER CUIDADOS EM SAÚDE PARA PESSOAS TRANS NO SUS: RESULTADOS DE UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS	1937
A SOLIDÃO DA MULHER NEGRA: O CUIDADO DE CRIANÇAS COMO ATRIBUIÇÃO FEMININA NA SOCIEDADE PATRIARCAL E RACISTA.....	1940
A TÉCNICA SHANTALA COMO MÉTODO NÃO FARMACÓLOGICO PARA O ALÍVIO DA DOR EM CRIANÇAS.....	1943
A VACINA CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM DISCURSO DE BRASILEIROS NA REDE SOCIAL X.....	1946
A VALORIZAÇÃO DAS METÁFORAS NA FALA DO PACIENTE PARA O CUIDADO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE REALIZADA EM UBERLÂNDIA EM 2024	1949
AÇÃO INTEGRADA PARA O CUIDADO DO PACIENTE DIABÉTICO: AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1951
ACESSO DOS INDÍGENAS BRASILEIROS À VACINA CONTRA A COVID-19: ESTUDO ECOLÓGICO.....	1953
AÇÕES DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA: ARTICULAÇÃO COM ENSINO E PESQUISA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	1956
AÇÕES EXTENSIONISTAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A USUÁRIOS DE UMA USE, NO USO DE FERRAMENTAS DIGITAIS PARA O RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO ADSCRITO	1959
ACOLHENDO O MEDO INFANTIL: O HOSPITAL DO URSINHO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO EM PEDIATRIA.....	1962
ACOLHIMENTO A PESSOAS QUE ATENTAM CONTRA A PRÓPRIA VIDA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SITUADA NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	1964
ACOLHIMENTO DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	1967
ACOLHIMENTO: ABRANGÊNCIA E POSSIBILIDADES DENTRO DO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UPA.....	1970
ADHERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA SUPLEMENTACION CON SULFATO FERROSO EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO, AÑO 2024	1973
AGENTE DE SAÚDE: PROCESSOS DE TRABALHO NO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	1977
“ALCOOLISMO” E “BEBER SOCIALMENTE”: ANALISANDO O USO DE TERMOS LEIGOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	1980
AMPLIANDO A CAPACITAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRADO AO USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	1983

ANÁLISE CIENCIOMÉTRICA SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS: DO USO POR POVOS TRADICIONAIS ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	1986
ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	1988
ANÁLISE DE PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMO DISPOSITIVOS FORMATIVOS PARA O SUS.....	1991
ANÁLISE DO EXERCÍCIO DO SUPORTE BÁSICO A VIDA POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	1994
ANÁLISE DO PERFIL E PADRÃO DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL DE 2009 A 2021: UM ESTUDO TRANSVERSAL	1997
ANÁLISE QUALITATIVA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE MACAÉ ENQUANTO CENTRO DE REFERÊNCIA DE DENGUE.....	2000
ANÁLISIS DE GUÍAS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PAÍSES SUDAMERICANOS	2003
APRENDENDO SOBRE DESASTRES NA FORMAÇÃO EM MEDICINA–PERSPECTIVAS PARA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE	2006
APRENDIZAGENS NO ENCONTRO COM A EXPERIÊNCIA DOS POVOS INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS: ENTRE MARGENS E VEREDAS NA ALDEIA FILHOS DESTA TERRA.....	2009
ASPECTOS E CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO ACESSO À VACINAÇÃO UMA REVISÃO DO ESTADO DA ARTE CONTRIBUINDO NO PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE	2012
ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI: UMA CARTOGRAFIA.....	2015
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ESCOLA: O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	2018
ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CUIDADO AMPLIADO DO TABAGISTA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	2021
ATIVIDADE INTERGERACIONAL NA APS: EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE SOBRE DCNTS E ISTS EM COMUNIDADE DE NITERÓI.....	2023
ATIVIDADES AFRRREFERENCIADAS E SAÚDE MENTAL: O SABER/FAZER TRADICIONAL DE MATRIZ AFRICANA DE TERREIRO POTENCIALIZANDO O CUIDADO DE USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	2026
ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE.....	2029
ATUALIZA APS: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DO ACS PARA O CUIDADO INTEGRAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	2032
AUDITORIA INTERNA DO SUS: UMA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DOS CONVÊNIOS DA SAÚDE INDÍGENA.....	2034

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: EXPERIÊNCIA DE UM DOUTORADO SANDUÍCHE	2037
AVANÇOS TECNOLÓGICOS E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO: UMA ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ELIMINAÇÃO DA DOENÇA NO BRASIL.....	2040
BENZEDEIRAS, PARTEIRAS E CURANDEIRAS: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO TRADICIONAL PARA A SAÚDE, EM DUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS EM SANTARÉM, PARÁ	2043
CAFÉ COM IDEIAS: UMA FERRAMENTA EFICAZ DE ESCUTA ATIVA E ACOLHIMENTO DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE DO MUNICÍPIO DE BETIM-MG	2046
CAMINHOS E DESCAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA ETNOGRAFIA DA PRÁTICA COTIDIANA DOS SUJEITOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SITUADO NO INTERIOR PAULISTA	2049
CAPOEIRA ANGOLA COMO TECNOLOGIA ANCESTRAL AFROPINDORÂMICA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA À INTERSECCIONALIDADE.....	2052
CARTOGRAFIA DA REDE DE ATENÇÃO DAS PESSOAS LGBTQIAPNB+ DE JOÃO PESSOA/PB: ESPAÇOS E PROCESSOS DE GESTÃO	2055
CENTROS DE TERAPIA ASSISTIDA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM PANORAMA SITUACIONAL E PROPOSITIVO	2058
CLUBE DE CIÊNCIAS, ARTE, CULTURA E SAÚDE MENTAL UMA EXPERIÊNCIA ANTIMANICOMIAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA NO COLÉGIO ESTADUAL RODOLPHO ZANINELLI.....	2061
CONFLUÊNCIAS ENTRE O BRINCAR E A SAÚDE	2064
CONHECIMENTO DO ALUNO DA FOP SOBRE O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA.....	2067
CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE BUCAL DE MULHERES AGREDIDAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO DA LITERATURA	2070
CONSTRUÇÃO DO COLETIVO DE DISCENTES DO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UFSC: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	2073
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA DE RECOMENDAÇÕES PARA PAIS DE CRIANÇAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E O DESMAME A PARTIR DOS SEIS MESES DE VIDA	2076
CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO SOCIO ECOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR Y CÁNCER EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS DE COLOMBIA: UNA EXPERIENCIA DESDE LA PRESTACIÓN DIFERENCIAL DE SERVICIOS DE SALUD	2079
CONSTRUYENDO PUENTES: EXPERIENCIA DE ROTACIÓN EN EL SISTEMA DE RESIDENCIA DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES ARGENTINA.....	2082
CONTRIBUIÇÃO DO OBSERVATÓRIO DO COSEMS-RJ PARA A REORGANIZAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO APÓS A PANDEMIA DE COVID-19	2085
CONTRIBUIÇÕES DA INTERPROFISSIONALIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	2088

COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO: A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À RESIDÊNCIA MÉDICA, UNIPROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL DA UERJ	2091
CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA E ESTADO PENAL: REFLEXÕES A PARTIR DO PROJETO DE EXTENSÃO 'PROMOVENDO A SAÚDE MASCULINA' NA UNIDADE PRISIONAL DE MIRACEMA DO TOCANTINS	2094
CUIDADO E INCLUSÃO: A EXPERIÊNCIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA APAE-RJ.....	2097
CUIDADOS PALIATIVOS E FINITUDE PARA ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA.....	2100
CULTURA, IDENTIDADE E FORMAÇÃO MÉDICA: EXPERIÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS E DECOLONIAIS NO SERTÃO PERNAMBUCANO	2102
DE LA SALUD PRIMITIVA A LA APS RENOVADA: TENSIONES Y POTENCIAL TRANSFORMADOR DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA	2104
DESAFIOS DO CUIDADO ÀS SITUAÇÕES DE ABORTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ABORDAGEM DA GRAVIDEZ INDESEJADA E EXPERIÊNCIAS DE REDUÇÃO DE DANOS EM CONTEXTOS RESTRITIVOS.....	2106
DESCOLONIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: PRÁTICA EXTENSIONISTA NO QUILOMBO BOA ESPERANÇA.....	2108
DESCOLONIZANDO A PSICOLOGIA NA PENÍNSULA IBÉRICA POR DENTRO: TECENDO CRÍTICAS À EXPERIÊNCIA DE INTERCÂMBIO DE GRADUANDAS DE PSICOLOGIA DA UNEB.....	2111
DESENHANDO A SAÚDE: PROMOVENDO EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO EM SAÚDE PARA O PÚBLICO INFANTIL.....	2114
DESENVOLVIMENTO DE UM E-BOOK COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA MELHORA DA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL E ADESAO DOS USUÁRIOS ÀS AÇÕES DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA.....	2116
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SAÚDE DA MULHER NA APS DO ESTADO DA PARAÍBA: A CONTRIBUIÇÃO DOS APOIADORES INSTITUCIONAIS NA COLETA DE DADOS.....	2119
DO PROTOCOLO À PRÁTICA CLÍNICA: ESTUDO QUALITATIVO SOBRE OS SIGNIFICADOS DA EXPRESSÃO “PACIENTE ESPECIAL” PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA.....	2122
EDUCAÇÃO EM HEMOTERAPIA EM ESCOLAS COMO OPORTUNIDADE PARA SENSIBILIZAR FUTUROS DOADORES DE SANGUE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	2125
EDUCAÇÃO LIBERTADORA E SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO ANATÔMICA NA INFÂNCIA.....	2128
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ORIENTADORA DE PRODUÇÃO DO CUIDADO PARA UM SUS MAIS FORTE	2130
EFFECTIVIDAD DE UN MODELO DE ATENCIÓN DIFERENCIADA PARA TUBERCULOSIS EN CONTEXTOS DE EXTREMA VULNERABILIDAD: EXPERIENCIA DE CASA MASANTONIO (2019-2023) ...	2133
EFEITOS E IMPLICAÇÕES DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NOS SERVIÇOS E REDES DE ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO RÁPIDA	2136

ELABORAÇÃO DA NOTA TÉCNICA PARA O CUIDADO EM SAÚDE DOS POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS DE BELO HORIZONTE	2138
ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO: CARACTERÍSTICAS DE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	2141
ELABORAÇÃO DE UM E-BOOK COM DINÂMICAS LÚDICAS PARA GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	2144
ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PREDOMINANTE EN CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE AL 2025. ¿AVANZAMOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE SISTEMAS DE SALUD INTEGRALES? ...	2146
ENFRENTAMENTO DA ESPOROTRICOSE FELINA E HUMANA UMA ABORDAGEM INOVADORA DO MUNICÍPIO DE IPATINGA	2149
ENTRE TERRITÓRIOS E SABERES: VIVÊNCIAS NO SUS COMO DISPOSITIVO DE FORMAÇÃO ÉTICO-POLÍTICA NO CUIDADO EM SAÚDE	2152
ESCOLA COMO LÓCUS DO CUIDADO: ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE	2155
ESPACIO DE ENCUENTROS DE SABERES EN SALUD COMUNITARIA	2158
ESTÁGIO EM DOCÊNCIA NA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	2160
ESTRATÉGIAS PARA ELIMINAÇÃO DAS HEPATITES VIRAIS: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA NACIONAL PARA O SUS	2163
ESTUDIO ETNOGRÁFICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN A LA TUBERCULOSIS EN UN CENTRO ASISTENCIAL DEL SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	2166
ESTUDO QUALITATIVO SOBRE EXPERIÊNCIAS RELATADAS POR PESSOAS COM FERIDAS COMPLEXAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	2169
EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DE ARBOVIROSIS EN LA ESCUELA BÁSICA COSTA ALEGRE DE LA CIUDAD DE CORONEL OVIEDO, PARAGUAY AÑO 2024	2172
EXPERIENCIA DE GESTIÓN PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE GUARDIA EN UN HOSPITAL INTERZONAL (MAR DEL PLATA, ARGENTINA): PRIMERAS APROXIMACIONES	2175
EXPERIÊNCIA DE MULHERES-MÃES-NEGRAS NA RELAÇÃO DE CUIDADO DA SAÚDE DE SEUS FILHOS EM UM AMBULATÓRIO PÚBLICO DA REDE DO SUS	2178
EXPERIÊNCIA EXITOSA DE PARCERIA ENTRE UM CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL E UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS	2181
EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS: O CASO DA MONITORIA VOLUNTÁRIA NO CURSO FORMASB	2184
EXPERIÊNCIA INTERCULTURAL DE PROCESSOS FORMATIVOS COM AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE	2187
FADIGA PELA ASSISTÊNCIA EM EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA: A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO MENTAL PARA TRABALHADORES DO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA (DEMSP)	2190

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA PRÉ-ECLÂMPsia EM GESTANTES—UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	2193
FINITUDE E CUIDADOS PALIATIVOS NA MATRIZ CURRICULAR DO CURSO DE ENFERMAGEM NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO RIO DE JANEIRO	2196
FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE PRINCÍPIOS FORTALECEDORES DA PRODUÇÃO DO TRABALHO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	2199
FORMAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS SOBRE O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL NO IDOSO	2202
FORMAÇÃO SOBRE O USO DO NOME SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA O ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO TRANSEXUAL E TRAVESTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	2205
FORMANDO PARA O SUS – RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CENÁRIO DE PRÁTICA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	2208
FORTALECENDO A SAÚDE DA MULHER EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ABORDAGEM PEDAGÓGICA DECOLONIAL COM TEAM-BASED LEARNING E ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE....	2211
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DAS OFICINAS REGIONAIS DE QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PARAÍBA	2214
FRAGMENTOS DO CUIDADO: OS DESAFIOS DE CUIDAR ENQUANTO SE VIVE	2217
GESTÃO EM SAÚDE POR GRADUANDOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PRÁXIS	2219
GESTÃO SUSTENTÁVEL DA FAUNA URBANA: O CONTROLE POPULACIONAL DE CÃES E GATOS EM IPATINGA	2221
GRUPO HIPERDIA: ESTRATÉGIA PARA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UM MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS	2224
GRUPO OPERATIVO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E INTERVENÇÃO NAS CONDIÇÕES DE VIDA DE UM COLETIVO AFROBRASILEIRO DA CIDADE DE SALVADOR	2227
HIPOTIREOIDISMO ADQUIRIDO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SOBRE TIREOIDITE DE HASHIMOTO.....	2230
HOLOCAUSTO BRASILEIRO, ANTIMANICOLONIALIDADE E TENSIONAMENTOS À REFORMA PSQUIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE SOCIALIZAÇÃO DE TRABALHO EM PPG DE SAÚDE COLETIVA	2233
HORTO SUCUPIRA: CULTIVANDO SAÚDE INTEGRAL E CONEXÕES COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	2235
HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E EDUCAÇÃO POPULAR NO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE BUCAL NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO RIO DE JANEIRO.....	2238
IMERSÃO NA APS: CONTRIBUIÇÕES DO INTERNATO DE NUTRIÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	2241

IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID 19 NA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM IMUNIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	2244
IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS PARA EDUCAÇÃO COLETIVA E DESENVOLVIMENTO BIOGRÁFICO INDIVIDUAL: ABORDAGENS EM SAÚDE NA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE.....	2247
IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA ATENÇÃO PRIMARIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA...	2250
IMPLEMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DE POLÍTICAS DE EQUIDADE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RIO GRANDE DO SUL: EXPERIÊNCIA DO CTESPSR/SES-RS.....	2253
INDICADORES DO CUIDADO À PESSOA COM OBESIDADE NA APS NO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	2256
INTEGRAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS: ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	2259
INTEGRAÇÃO ENTRE UNIVERSIDADE E COMUNIDADE: A EXPERIÊNCIA DO PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS.....	2262
INTEGRANDO A SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA: A EXPERIÊNCIA DA REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	2265
INTERSECCIÓN DE INVESTIGACIONES SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO EN UN MODELO DE ATENCIÓN.....	2268
INTERSETORIALIDADE NA PREVENÇÃO E RESPOSTA A DESASTRES EM ÁREAS DE RISCO: O USO DO GEOPROCESSAMENTO EM PETRÓPOLIS/RJ.....	2271
INTERSETORIALIDADE: DESAFIOS NA PROMOÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL	2274
LA OVEJA NEGRA: COLABORACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD MENTAL COMUNITÁRIA	2277
LAS PRIODIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD COLECTIVA EN DOMINICANA. UNA EXPERIENCIA A REFLEXIONAR	2280
MANEJANDO A SELETIVIDADE ALIMENTAR INFANTIL POR MEIO DE INTERCONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	2283
MÃOS LIMPAS, CORPO SAUDÁVEL: ATIVIDADES DE PROMOÇÃO À SAÚDE COM CRIANÇAS	2286
MAPEAMENTO DE EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	2289
MAPEAMENTO DO PERFIL DE ESTUDANTES DE MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE NO INTERIOR DE SÃO PAULO: HÁ PRESENÇA DE POPULAÇÕES (IN)VISIBILIZADAS?	2292
MATRICIAMENTO INTERSETORIAL COM AS ESCOLAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	2295
MEDIÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)	2299
MEDICINA INTEGRATIVA E QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO “CAMINHOS PARA O BEM-ESTAR” COM A COMUNIDADE DA PORTELA.....	2302

MODELO DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA PARA LA COBERTURA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ORGANIZACIÓN COMPAÑEROS EN SALUD SITUADA EN CHIAPAS, MÉXICO.....	2305
MÓDULO DE ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SATISFAÇÃO DOS (AS) MÉDICOS (AS) SOBRE OS CONTEÚDOS DIRECIONADOS A POPULAÇÕES ESPECÍFICAS.....	2307
NOCIONES Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA: UNA REVISIÓN DOCUMENTAL.....	2310
NUTRIÇÃO E ALEITAMENTO MATERNO: TROCA DE EXPERIÊNCIAS EM GRUPOS DE GESTANTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE	2313
NUTRIÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E APRENDIZADOS NO INÍCIO DA RESIDÊNCIA EM PIRAQUARA-PR	2316
O CIRURGIÃO-DENTISTA E OS PACIENTES ESPECIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO QUALITATIVO.....	2319
O ENFERMEIRO COMO ELO: COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO COMBATE ÀS HEPATITES VIRAIS	2322
O GANHO SOCIAL ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, PESQUISAS E DAS PRÁTICAS EM SAÚDE.....	2325
O MAPA CONCEITUAL COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA PARA O LETRAMENTO RACIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	2328
O MODELO BIOMÉDICO ENQUANTO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA COLONIALIDADE.....	2332
O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E ATENÇÃO PRIMÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DAS COBERTURAS E DO PERFIL DE RASTREAMENTO	2334
O SOFRIMENTO DE UM INDIVÍDUO É SINTOMA DO ADOECIMENTO DE SEU POVO.....	2336
O TRABALHO CONJUNTO ENTRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E PRESÍDIO: AÇÕES PARA MITIGAÇÃO DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO MASCULINA PRIVADA DE LIBERDADE EM CATAGUASES-MG	2338
O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	2340
ÓBITO FETAL E LUTO MATERNO: REFLEXÕES PARA O FORTALECIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	2342
OS CAMINHOS DO TRABALHO INFORMAL NOS CAMINHOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL. TRABALHADORES DOMÉSTICOS OU CUIDADORES DE IDOSOS	2345
OS DESAFIOS DO MANEJO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	2348
PARTEIRAS TRADICIONAIS RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA E SUA PARTICIPAÇÃO NO SUS: RESISTÊNCIA, AFETIVIDADE E SUBVERSÃO.....	2351
PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE MÉDICOS, USUÁRIOS E GESTORES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS	2354
PERCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE BUCAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS POR MÉDICOS RESIDENTES DE SERVIÇO AMBULATORIAL.....	2357

PERFIL E DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DE FOZ DO IGUAÇU, PR.....	2360
PERSPECTIVA PARA A DECOLONIALIDADE DO SABER, NO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS DA PESCA ARTESANAL EM PERNAMBUCO.....	2363
PLANEJAMENTO MACRORREGIONAL EM SAÚDE E EQUIDADES: QUAIS AS INTERSECÇÕES EXISTENTES?.....	2366
PLANOS TERAPÊUTICOS SINGULARES NA APS: ACESSIBILIDADE E DESAFIOS NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE.....	2369
PNPIC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POTENCIAL PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO ACESSO	2372
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: AS DELIBERAÇÕES DO CNAS FRENTE ÀS CONTRADIÇÕES DO GOVERNO JAIR BOLSONARO (2019-2022).....	2375
POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO RIO GRANDE DO SUL: CONSTRUÇÃO ESTRATÉGICA E PERSPECTIVAS INOVADORAS	2378
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DE PESSOAS QUE GESTAM E PUÉRPERAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTORICIDADE, LIMITES E POTENCIALIDADES NA CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL E DECOLONIAL.....	2381
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ACESSO E BARREIRAS AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL – PRIMEIRAS OBSERVAÇÕES EM CAMPO	2383
PRÁTICAS ANTICAPACITISTAS NO CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	2386
PRÁTICAS EXPANDIDAS DE DANÇA INTEGRANDO ABORDAGENS SOMÁTICAS E SABERES ANCESTRAIS: REFLEXÕES PARA UMA ARTICULAÇÃO TRANSDISCIPLINAR SOB O MODELO DE UMA SÓ SAÚDE.....	2389
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: UM ESTUDO DE CASO	2392
PRECEPTORES NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO INTEGRADA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	2395
PRIMEIRA JORNADA DE SAÚDE COLETIVA DE UMA UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DO SUL DO BRASIL: CULTURA, RESISTÊNCIA E SAÚDE.....	2398
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA BUSCA ATIVA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV: INOVAÇÃO NA GESTÃO DO CUIDADO COM APOIO DO FITRADEOFF.....	2401
PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA APS: PERSPECTIVA DE GESTORES.....	2404
PRODUÇÃO DO CUIDADO E NECROPOLÍTICA NO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	2407
PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA COSTA RICA: UMA REVISÃO QUALITATIVA.....	2410
PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE (PSA): CONTRIBUIÇÕES NA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O PROCESSO DE CUIDADO NA APS	2413

PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS: A ABORDAGEM DAS DIFERENÇAS E DAS EMOÇÕES POR MEIO DE ESTRATÉGIAS LÚDICAS	2416
PROJETO INTEGRADOR COMO PARADIGMA DA FORMAÇÃO MÉDICA INTEGRAL: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, INTERSECCIONALIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	2418
PROJETO PACTO PELA JUVENTUDE: TRANSFORMAÇÃO SOCIAL E SAÚDE COLETIVA.....	2421
PROJETO VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS E A ARTICULAÇÃO EM REDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ	2424
PROMOÇÃO EM SAÚDE DIRECIONADA AO AUTOCUIDADO NO MARÇO LILÁS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES DA TERAPIA OCUPACIONAL.....	2426
PROPORÇÃO DE USUÁRIO QUE POSSUEM REGISTRO DE MATRICIAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E AMBULATORIAL	2428
PSICOEDUCAÇÃO E PREVENÇÃO: O IMPACTO DA EDUCAÇÃO SOBRE O USO DE DEFS ENTRE JOVENS	2430
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE A PARTIR DO APOIO INSTITUCIONAL: A EXPERIÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA/BRASIL	2433
QUANDO E PORQUE OCORRE A EVASÃO: UM ESTUDO SOCIODEMOGRÁFICO EM UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE	2436
QUANDO O CUIDADO ENCONTRA A TERRA: UMA RELAÇÃO ENTRE A TEORIA DE ENFERMAGEM DE MADELEINE LEININGER E A LUTA PELO RECONHECIMENTO DE TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS	2439
RASTREIO DE RETINOPATIA DIABÉTICA: UMA AÇÃO INTEGRADA EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE BETIM	2442
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E DISPENSAÇÃO DE ANSIOLÍTICOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	2445
REFLEXÕES DOCENTES SOBRE A FORMAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DO SUS: AFETOS E SUBJETIVIDADES NA PRODUÇÃO DE SAÚDE	2448
REFLEXÕES SOBRE A OFERTA DE CUIDADO DE ALTA COMPLEXIDADE A USUÁRIO COM METALOSE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL ADMINISTRADO PELA EBSERH: RELATO DE EXPERIÊNCIA	2451
REFLEXÕES SOBRE O ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) SOB A ÓTICA DOS FAMILIARES.....	2453
REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA VOLATILIDADE DO MÉDICO NA APS	2456
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM GRUPOS DE APOIO AO AUTOCUIDADO VOLTADOS ÀS PESSOAS AFETADAS POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NEGLIGENCIADAS.....	2459
RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O EVENTO “SALTO PARA O FUTURO I-PUBERDADE”	2462
RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT+ EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE/MG.....	2465

RELATOS DE VERANADAS: LA TRASHUMANCIA COMO MODO DE VIDA EN LA PATAGONIA ARGENTINA, MIRADAS / ACCIONES / ESTRATEGIAS DESDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.....	2468
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL QUEHACER PROFESIONAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO DE TUCUMÁN – ARGENTINA	2471
RESISTENCIAS COLECTIVAS Y REDES DE ACOMPAÑAMIENTO: GUERRILLAS DE CUIDADO– LEGÍTIMA DEFENSA Y RESPUESTAS ORGANIZADAS EN EL ACCESO AL ABORTO EN GUATEMALA	2473
REUNIÕES DIALÓGICAS EM GRUPO COMO ESTRATÉGIA DESMEDICALIZANTE NO CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL	2476
REVISÃO DE ESCOPO DAS METODOLOGIAS DA CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM PROTOCOLO DE ESTUDO.....	2479
ROMPIENDO LAS BARRERAS DEL ULTRASONIDO: MODELO DE ENSEÑANZA E IMPLEMENTACIÓN EN PROVEEDORES NO TRADICIONALES	2482
SALA DE ESPERA: UM MODELO DE CUIDADO CENTRADO NOS ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES.....	2485
SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DA EPIDEMIOLOGIA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	2487
SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: INVESTIGAÇÃO, CONSCIENTIZAÇÃO E COMBATE À INIQUIDADE	2490
SAÚDE DO HOMEM E SEUS DESAFIOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA DURANTE ATIVIDADES PRÁTICAS	2493
SAÚDE MENTAL NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	2496
SAÚDE PÚBLICA EM AÇÃO: A ESTRATÉGIA DE COMBINAÇÃO DE MULTAS E REPELENTES NA PREVENÇÃO DE ARBOVIROSES EM IPATINGA	2499
SAÚDE, VIDAS E TERRITÓRIOS MARGINAIS: ARTICULAÇÕES ENTRE AS EXPERIÊNCIAS COM VIVENTES DE RUA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	2502
SENTIDOS E SIGNIFICADOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA MÃES DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIAL E/OU PALATINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	2505
SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO PARA FONOAUDIOLOGOS COLOMBIANOS: ENFOQUE TERRITORIAL.....	2508
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA: O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DIRECIONADORA DO FLUXO DE USUÁRIOS.....	2511
SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELAS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER (CRAM) AO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	2514
SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE MIGRANTES EM UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA.....	2517
SUPERVISIÓN DE APOYO CLÍNICO MULTIDISCIPLINARIA EN LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS	2520

SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA CICLO SAÚDE EM SÃO LUÍS (MA): IMPACTOS NA ATENÇÃO BÁSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO NEOLIBERAL (2017-2019)	2522
TRAÇANDO UMA ABORDAGEM DE CUIDADO INTEGRAL PARA/COM ADOLESCENTE E JOVENS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	2524
TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM TUBERCULOSE: DESAFIOS, BARREIRAS E ESTRATÉGIAS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	2527
TRAJETÓRIAS DO CUIDADO: A EXPERIÊNCIA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E A ATENÇÃO PRIMÁRIA CARIOCA.....	2530
TRANSFORMANDO A SAÚDE DE IPATINGA: ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA AUMENTAR A COBERTURA VACINAL E GARANTIR A PROTEÇÃO COLETIVA CONTRA DOENÇAS PREVENÍVEIS	2533
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO AMPLIADO PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	2536
UM ANO DE VIVÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DO SUS E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	2539
UMA LEITURA SOBRE O SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA VIVENCIADO POR RESIDENTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	2542
UN CAMINO POSIBLE EN LA RELACIÓN DE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y LA SALUD COLECTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DE MONTEVIDEO-URUGUAY	2545
UNIDADES ODONTOLÓGICAS MÓVEIS: PERSPECTIVA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL PARA POPULAÇÕES REMOTAS E VULNERÁVEIS?	2548
XUTE TXAHE: PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONTRIBUINDO PARA O BEM VIVER DOS POVOS INDÍGENAS	2551

A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA ODONTOGERIATRIA: A IMPORTÂNCIA E ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA AOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO VOLTADOS A TERCEIRA IDADE

Carla Regina de Alvarenga Ossola¹

Luciana Cleto Schumacker

Núbia Rosa Muniz

Rafael da Silva Miranda

Rayane Beatriz da Silva Miranda Ramalho

Alexandra Costa Moura de Souza

Ana Paula Melo de Oliveira

Fabiana de Jesus

Rodrigo Pires Figueira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade crescente no Brasil, exigindo políticas públicas voltadas à garantia dos direitos fundamentais das pessoas idosas, especialmente no que se refere à saúde. Entre as dimensões da atenção integral à saúde, a saúde bucal destaca-se como um fator essencial para a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa. A perda dentária, as doenças periodontais e a necessidade de reabilitação oral, como por meio de próteses, afetam significativamente a autoestima, a alimentação e a comunicação dos idosos ¹.

Nesse contexto, o Estatuto da Pessoa Idosa assegura o direito à atenção odontológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando a importância da assistência pública no acesso a tratamentos odontológicos ². A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 2.528/2006, também reforça o cuidado bucal como parte integrante da saúde geral ³. Este trabalho tem como objetivo analisar os direitos da pessoa idosa no acesso à saúde bucal, evidenciando os desafios e as garantias legais relacionadas à oferta de serviços odontológicos no SUS, como próteses dentárias, prevenção e reabilitação oral.

OBJETIVO

Analisar os direitos das pessoas idosas no âmbito da saúde bucal, com ênfase no acesso a serviços odontológicos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à luz do Estatuto da Pessoa Idosa e demais dispositivos legais que garantem a atenção integral à saúde dessa população.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa consiste na análise de materiais já publicados, como livros, artigos

¹ Universidade de Vassouras. E-mail: rayanebia05@gmail.com

científicos, legislações e documentos oficiais, com o objetivo de embasar teoricamente a discussão sobre os direitos da pessoa idosa no acesso à saúde bucal. A abordagem qualitativa permite a compreensão aprofundada das informações obtidas, valorizando a interpretação crítica dos conteúdos e dos contextos sociais e legais relacionados ao tema. Foram selecionadas fontes relevantes, incluindo a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006), além de artigos científicos indexados em bases como SciELO e Google Acadêmico. A análise dos dados seguiu uma perspectiva interpretativa, buscando evidenciar os direitos garantidos e os desafios enfrentados pelos idosos no âmbito da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS).

RESULTADOS

Os direitos da pessoa idosa no acesso à saúde bucal são respaldados por dispositivos legais que visam à atenção integral à saúde. O Estatuto da Pessoa Idosa estabelece que o atendimento odontológico é um direito garantido, devendo ser oferecido de forma gratuita pelo SUS ². No entanto, estudos revelam que, apesar da legislação vigente, ainda existem barreiras significativas para que os idosos tenham acesso a serviços odontológicos adequados, especialmente em regiões de menor cobertura de atenção básica ^{1,4}.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa orienta a inclusão da saúde bucal nas ações de promoção, prevenção e reabilitação, reconhecendo que a perda dentária e a ausência de próteses impactam diretamente na alimentação, na comunicação e na qualidade de vida do idoso ^{3,5}. Dados de estudos populacionais indicam que a necessidade de próteses é elevada entre idosos brasileiros e que a maioria depende do SUS para obtê-las ^{1,6}. Além disso, a literatura aponta a importância da capacitação de profissionais e da sensibilização para as especificidades do atendimento odontológico geriátrico ^{4,7}. A falta de profissionais capacitados, infraestrutura limitada e a baixa priorização da saúde bucal nas políticas públicas são desafios recorrentes ^{3,5}.

Nessa perspectiva, observa-se a urgência de fortalecer as ações de saúde bucal na atenção primária, com foco na equidade e no envelhecimento saudável, de modo a efetivar os direitos legais garantidos à população idosa.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante do exposto, conclui-se que a saúde bucal é um direito fundamental da pessoa idosa e deve ser garantida pelo Sistema Único de Saúde de forma integral e equitativa. Embora haja respaldo legal por meio do Estatuto da Pessoa Idosa e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ainda persistem desafios quanto ao acesso, à oferta de próteses e à estrutura dos serviços odontológicos. É essencial que políticas públicas sejam fortalecidas, com investimentos em prevenção, capacitação de profissionais e ampliação da cobertura. A efetivação desses direitos contribui para o envelhecimento com dignidade, autonomia e qualidade de vida, reforçando o compromisso social e ético com essa população em crescimento.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva DD, Rigo L, Schardosim LR, Vargas-Ferreira F, Hugo FN. Necessidade de prótese e fatores associados em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(2):254-64.
- (2) Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2003 out. 3; Seção 1:1.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União.* 2006 out. 20; Seção 1:142.
- (4) Colussi CF, Calvo MC. Acesso aos serviços públicos de saúde bucal: uma análise a partir da teoria das representações sociais. *Saúde Soc.* 2011;20(4):994-1004
- (5) Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. Condições de saúde bucal em idosos segundo características sociodemográficas. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(6):1127-36
- (6) Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública.* 2005 nov-dez;21(6):1665-75.
- (7) Narvai PC. *Odontologia social: uma introdução à ética, ao mercado e ao SUS.* 2. ed. São Paulo: Santos; 2013.

A ATENÇÃO BÁSICA E GERENCIALISMO: OS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Débora Holanda Leite Menezes¹

Leonardo Moncalvo Rocha De Santis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A atenção básica tem um protagonismo fundamental na construção do cuidado em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma porta de entrada para acesso aos serviços de base territorial. Nesse sentido identifica-se a constante necessidade de captar os principais desafios pautados nestes equipamentos, principalmente refletindo sobre como as mudanças nos processos de trabalho nas unidades de saúde, pode impactar de maneira visceral na construção de um cuidado longitudinal e ao mesmo tempo, no estabelecimento de vínculos que favoreça o cuidado em saúde ampliado.

No caminho construído nos serviços de atenção básica percebe-se que a prerrogativa do cuidado tem fortalecido a construção de uma rede articulada que favorece o fortalecimento do território e do usuário. Contudo, percebe-se que os processos de contrarreforma do Estado (1) têm colocado preocupações justamente, que por conta do aumento dos processos gerenciais a lógica de funcionamento dos serviços tem refletido em um aumento significativo de demandas por médicos e atendimentos que favorecem a prática medicamentosa na construção do cuidado em saúde.

O gerencialismo em saúde encontra-se presente na dinâmica produtiva dos serviços, com a produção de metas e resultados, os quais impactam diretamente na qualidade dos serviços prestados, desfavorecendo o próprio compromisso previsto pela proposta de estratégia de saúde da família.

OBJETIVO

Identificar quais os principais desafios pautados na construção do cuidado em saúde na atenção básica, reconhecendo as dificuldades decorrentes das mudanças no desenho operativo das políticas sociais, principalmente a entrada dos modelos de gestão na saúde pública, que dialogam diretamente com a lógica neoliberal, de privatização da saúde através da entrada das organizações sociais na gestão das unidades de saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa utilizou a experiência e vivência em unidades de saúde da atenção básica do Rio de Janeiro, e a interface direta com profissionais de saúde que atua nos equipamentos. Além disso, contou com observação participante da unidade em distintos momentos de funcionamento e nas ações intersetoriais previstas. Destaca-se que a proposta ainda dialogou diretamente com experiências no

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: debyolandaufjrj@gmail.com

Programa de Educação pelo Trabalho – PET, que tem por foco o debate da equidade problematizando tal questão no contexto das unidades básicas. A experiência reflete a troca com profissional médico em exercício no espaço da atenção básica, compartilhando diretamente vivências do cotidiano de saúde no território da cidade do Rio de Janeiro. O desenvolvimento da análise das observações, do diário e dos apontamentos identificados durante a vivência nas unidades foi subsidiado pelas fontes secundárias elencadas a partir de um levantamento bibliográfico tendo como direção as categorias principais desse trabalho: gerencialismo, atenção básica, cuidado em saúde e rede intersetorial. A base da interpretação foi pautada no Método crítico dialético de Marx.

RESULTADOS

A atenção básica apresenta um potencial significativo na produção do cuidado rede, articulado ao trabalho coletivo em saúde. Nesse sentido, a atenção básica seu lugar como central de entrada, para acesso a rede de serviços.

A atenção básica ao lócus de porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, e aproximaram o modelo dos princípios que regem o novo sistema único de saúde no que tange o compromisso com a integralidade e a qualidade. A atenção básica conta com equipes mínimas que são essenciais para o trabalho de identificação das demandas e atendimento dos principais problemas territoriais.

Menezes e Leite (2) afirmam que a primeira ofensiva sobre os avanços constitucionais de 1988 será a redução dos gastos com as políticas sociais formalmente estabelecida pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado do Ministro de Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira (3) sob o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Assim, a ênfase sobre a racionalização dos gastos públicos e a transferência da gestão das políticas públicas tornam-se eixos condutores da Reforma do Estado brasileiro e, no que tange seus impactos sobre a política de saúde, esses preceitos ganharão materialidade através da criação das Organizações Sociais (OS) instituídas pela Lei no 9.637.

Com a inserção de tais tendências os reflexos são deletérios do gerencialismo nos processos de trabalho com a inclusão de novos modelos de gestão impactam diretamente no cuidado, dada a dimensão produtiva baseada na lógica de um cuidado biomédico e centralizador, que reproduz traçado medicamento e de responsabilidade exclusiva do médico, na construção do cuidado em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Sendo assim, o debate sobre a produção do cuidado em contexto gerencial na atenção básica, no permite problematizar sobre os desafios contemporâneos vivenciados nos serviços de saúde, que mediante o atendimento de demandas por atendimento médico, tem reproduzido nos serviços territorializados, um cuidado em saúde marcado por uma lógica medicamentosa e imediata dos

problemas de saúde, deixando de lado a real proposta de cuidado longitudinal que se qualifica no processo de cuidado em saúde, que reforça promoção da saúde, prevenção e recuperação de forma articulada.

As experiências nestes espaços das unidades de saúde têm colocado em tela, uma tendência a reprodução de uma mudança assistencial, que reproduz um modelo emergencista das unidades de pronto atendimento, quase particularizando estes serviços como UPA de família, porque o traçado de urgência no cuidado ganha lugar, em detrimento da real proposta da atenção básica, acompanhada de uma automatização do cuidado e dos atendimentos.

REFERÊNCIAS

- (1) Rezende CPA. O modelo de Saúde do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: Bravo MIS et al, organizadores. Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão para a Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius; 2008. p.25-35.
- (2) Menezes DHL, Leite JL. A nova configuração da política de saúde no Brasil: o Rio de Janeiro como laboratório. Rev Políticas Públicas. 2016;20(1),121-136.
- (3) Bresser-Pereira LC. A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Brasília, DF: MARE; 1997.v.1.

A ATUAÇÃO DA AGSUS NO PLANO EMERGENCIAL YANOMAMI

Edson de Oliveira Pereira¹

Adriana Fernandes Carajá

Ana Luiza de Oliveira Andrade

Flávio Badaró Cotrim

Kellen Natalice Vilharva

Marciane Tapeba

Marzinho Sandi Miguel Macário

Nadja Almeida Guimarães

Sarah Barbosa Segalla

Virginia Braga Fonseca

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em 2023, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional no território Yanomami. Dentre os vários desafios encontravam-se entre as principais causas a expansão do garimpo ilegal que impacta sobremaneira nos povos indígenas indígenas e na situação de saúde, interferindo em situações como desnutrição grave, ampliação casos de malária, infecção respiratória aguda (IRA) e outros agravos¹. O Plano Emergencial Yanomami (PEY), apoiado pela AgSUS entre agosto e outubro de 2024, teve como objetivo apoiar emergencialmente a atenção à saúde e os determinantes ambientais no Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEI-Y). O plano buscou mitigar os impactos da crise, fortalecer a atenção à saúde e integrar práticas tradicionais indígenas com o sistema de saúde convencional². O PEY focou no gerenciamento, provimento, qualificação e estruturação das equipes e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, respeitando as especificidades socioculturais dos povos indígenas e alinhando-se às diretrizes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)^{3,4}.

OBJETIVO

Relatar a experiência da AgSUS na execução do Plano Emergencial Yanomami.

METODOLOGIA

O projeto “Ações Emergenciais Complementares de Saúde aos Povos Indígenas–DSEI Yanomami” foi executado entre 02/08/2024 e 13/10/2024, com o objetivo de atingir 70% das metas propostas⁵. As ações foram organizadas em quatro dimensões estratégicas: fortalecimento da força de trabalho, garantia de medicamentos e insumos, melhoria da infraestrutura e integração de práticas tradicionais e modernas de cuidado. A avaliação foi realizada por meio de indicadores de desempenho e feedback das comunidades e equipes envolvidas².

1 Unidade de Saúde Indígena da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS). E-mail: edson.oliveira@agenciasus.org.br.

RESULTADOS

O projeto alcançou 79% das metas propostas, superando a expectativa inicial. Entre os principais resultados, destacam-se a ampliação do acesso à saúde, com ações emergenciais que permitiram o atendimento de comunidades remotas e a distribuição de medicamentos e insumos essenciais⁵. Houve também o fortalecimento das equipes de saúde, com a capacitação de profissionais em práticas interculturais e a integração de Pajés e parteiras nas equipes². Além disso, promoveu-se o diálogo entre saberes indígenas e convencionais, respeitando a territorialidade e a cultura local, e foram realizadas melhorias na infraestrutura, como a adequação da Casa de Saúde Indígena (CASAI) e a aquisição de equipamentos modernos para atendimento⁵.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Plano Emergencial Yanomami (PEY) foi um marco no fortalecimento da saúde indígena, destacando a importância de ações integradas e culturalmente sensíveis. Executado pela AgSUS, o projeto combinou práticas indígenas com o sistema de saúde convencional, promovendo cuidado equitativo e respeitoso^{6,7}. Avanços como ampliação do acesso à saúde, fortalecimento das equipes e melhoria da infraestrutura impactaram positivamente as comunidades Yanomami e Ye'kuana⁸. Apesar dos resultados alcançados, a atuação no PEY reforça a importância de atenção a esse território. Além disso, a expectativa é que a continuidade dessas ações, aliada ao aprendizado obtidos implique na redução das iniquidades e promova uma saúde integral e culturalmente sensível.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Yanomami. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/planos-distritais-2024-2027/plano-distrital-yanomami/view>.
- (2) Brasil. Agência Brasileira De Apoio À Gestão Do Sus (AgSUS). Resolução CDA nº 16, de 2024. Disponível em: https://agenciasus.org.br/wp-content/uploads/2024/10/resolucao_CDA_n_16-2024_agsus.pdf.
- (3) Brasil. Decreto nº 11.790, de 20 de novembro de 2023. Regulamenta a atuação da AgSUS no apoio à gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.
- (4) Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Informe: A Saúde Indígena — Relatório Situacional DSEI Yanomami. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 fev. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/fevereiro/informe-a-saude-indigena-relatorio-situacional-dsei-yanomami>.
- (6) 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, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, 24 set. 1999.

- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.801, de 9 de novembro de 2015. Define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- (8) Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde Indígena 2012-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>.

A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM PONTOS DE TRANSPORTE PÚBLICO COM A POPULAÇÃO EM GERAL: SAÚDE NO PONTO

Patrícia de Araujo Bento Oliveira¹

Alessandra Sales da Costa

Amanda Vieira dos Santos

Claudia Carvalho Respeita da Motta

Lais Silva de Lima

Renata Gonçalves Carvalho

Thayná Carneiro Rodrigues

Viviane de Carvalho Azara Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis representam principal causa de morte no Brasil. [1] Sabe-se que estão diretamente relacionadas aos determinantes e condicionantes de saúde, afetando as populações mais vulneráveis, dado o acesso limitado aos serviços de saúde, principalmente às práticas de promoção da saúde, além da maior exposição aos fatores de risco. [2] O crescente desenvolvimento dessas doenças, associado à rápida transição demográfica em curso, faz com que ações estratégicas de promoção da saúde atreladas à elaboração de políticas públicas saudáveis e medidas preventivas sejam indispensáveis na redução da morbimortalidade. [2, 3] Como uma das principais portas de entrada, a Atenção Primária à Saúde (APS), tem como um de seus eixos a promoção da saúde, especialmente no campo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é um espaço propício para a comunicação em saúde e conscientização da importância da mudança de hábitos, principalmente aqueles culturalmente e socialmente arraigados, dado a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. [4] Com isso, é inegável a importância das ações e serviços de saúde para além dos muros da unidade, como forma de atuar no cerne dos condicionantes e determinantes, além de suscitar nos usuários a autonomia e a responsabilização no processo saúde-doença.

OBJETIVO

Discorrer acerca da atuação multiprofissional na promoção do cuidado em pontos de transporte público com a população em geral.

METODOLOGIA

No período de abril de 2023 a maio de 2024, foram realizadas atividades de prevenção e promoção de saúde em um ponto de ônibus próximo à Unidade de ESF do bairro Vale do Carangola.

¹ Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. E-mail: patriciabento.enf@gmail.com

As atividades não ocorreram com intervalo de tempo determinado, sendo assim realizadas de forma esporádica, totalizando cinco atividades ao longo do período citado. A atividade consistiu na montagem de uma bancada com glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio e materiais de educação em saúde, sendo realizadas práticas de aferições de pressão arterial e glicemia capilar em todos que passavam pelo ponto de transporte público e expressavam interesse pelas atividades. Destaca-se que os indivíduos identificados com alteração de pressão arterial e/ou glicemia capilar foram encaminhados imediatamente à Unidade de Saúde, para avaliação médica e intervenção conforme o quadro clínico apresentado. Além das práticas supracitadas, foram realizados momentos de educação em saúde, com o intuito de conscientizar a população, acerca de temas relacionados à hipertensão arterial, diabetes mellitus, alimentação saudável, infecções sexualmente transmissíveis e prevenção de agravos à saúde.

RESULTADOS

Observou-se um resultado satisfatório com relação ao acolhimento que a população recebeu nesta atividade, cooperando assim para uma maior captação de pessoas que muitas vezes não procuram os serviços para promoção e prevenção à saúde, diagnósticos e tratamentos. Além disso, há a criação de um vínculo com a unidade de saúde, fortalecendo a assistência em saúde prestada pela equipe multiprofissional à população do bairro Vale do Carangola. Dentre os inúmeros resultados satisfatórios observados, destaca-se o fortalecimento de vínculo do território com a unidade de saúde, consolidando a assistência em saúde prestada pela equipe multiprofissional à população do bairro Vale do Carangola; Maior captação de pessoas, especialmente daquelas que não procuram a unidade de saúde e/ou utilizam a mesma apenas em casos de demandas agudas. Dentro desse contexto, ressalta-se a captação de um usuário, encaminhado para unidade de saúde após identificação de alteração em glicemia capilar, que ao passar por atendimento médico e realizar os exames solicitados foi diagnosticado com neoplasia em pâncreas, e direcionado para o hospital de referência do município. A atividade descrita evidencia contribuições pertinentes às práticas de saúde, principalmente ao fortalecer os objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde, efetuando ações de promoção da saúde, que estimulam a autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos e coletividades no cuidado à saúde, em seu conceito ampliado, valorizam e otimizam um espaço público, e principalmente por ser uma alternativa inovadora na esfera das ações de promoção da saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As atividades de promoção da saúde realizadas nos pontos de transporte público demonstraram um impacto positivo na conscientização da população sobre doenças crônicas não transmissíveis e agravos à saúde. A abordagem multiprofissional foi essencial para alcançar indivíduos que, de outra forma, não procurariam os serviços de saúde, favorecendo a identificação precoce de condições clínicas e o encaminhamento adequado para tratamento. A interação com a comunidade, através da prática citada, fortaleceu os vínculos com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), promovendo maior envolvimento e confiança dos usuários. Além disso, o sucesso da intervenção ressalta a importância da

integração de práticas de saúde no cotidiano das pessoas, ampliando o acesso e a eficácia das políticas públicas de promoção da saúde. A experiência também evidenciou o potencial de novas abordagens para a atuação comunitária e a corresponsabilidade no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS–Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
- [2] Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 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/pt-br>.
- [4] Pimentel VRM, Sousa MF, Mendonça AVM. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Physis. 2022.

A CONVERSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM UMA SALA VERDE DE EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laila de Albuquerque Schlüter¹

Vitor Peixoto de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde (APS) tem como atributos essenciais o primeiro acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, além da competência cultural, a abordagem familiar e o enfoque comunitário como atributos derivados (1). A APS é compreendida, portanto, como porta de entrada da população, de forma universal, integral e equalitária, ao sistema de saúde público nacional, seus dispositivos e seus serviços. O primeiro acesso e o acolhimento da população podem variar conforme cada município. No município do Rio de Janeiro, seu acesso é considerado avançado, ou seja, os usuários são acolhidos e possuem suas demandas respondidas no mesmo dia (2). Por outro lado, quando se fala de coordenação do cuidado, é importante ressaltar a Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RAUE) e o papel de sua articulação com a APS (3) o Ministério da Saúde adotou a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Hoje, o que muitos médicos na assistência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município observam é o aumento de demandas de baixa complexidade de urgência, correspondentes a “azul” e “verde”, pela classificação de Manchester (4) clinical profile and outcomes of patients in emergency services according to Manchester Triage System's priority level. Methods: a cross-sectional, analytical study, carried out with 3,624 medical records. For statistical analysis, the Chi-Square Test was used. Results: white individuals were more advanced in age. In the red and white categories, there was a higher percentage of men when compared to women ($p=0.0018$). Pelo acesso avançado, essas demandas não podem ser avaliadas posteriormente e, portanto, sobrecarregam os atendimentos desses profissionais. Nesse contexto, é importante a avaliação dos profissionais na assistência para melhor compreensão dessas demandas “verdes”, da sobrecarga dos profissionais na APS e possíveis melhorias na articulação dentro da RAUE.

OBJETIVO

Realizar um relato de experiência de dois médicos de família e comunidade (MFC), de duas áreas programáticas (AP) distintas do município do Rio de Janeiro, sobre suas atuações na APS e a demanda por atendimentos de urgência de baixa complexidade.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: lailadeasch@gmail.com

METODOLOGIA

A partir da vivência de dois MFCs, atuantes na assistência de UBS das APs 2.2 e 5.3 do município do Rio de Janeiro, foi desenvolvido um relato de experiência com foco nas demandas “verdes” e na articulação com a RAUE nos seus locais de trabalho.

Na AP 2.2, há uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), conhecida e utilizada por usuários do território e fora da região. No entanto, é recorrente a procura nas UBS locais para atendimentos de queixas agudas, até após atendimento na UPA de referência. O acolhimento na UBS em que uma das autoras presta assistência é realizado por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) que fica no guichê conforme equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que atua. Ao escutar a demanda trazida pelo usuário do território, o ACS preenche um formulário de acolhimento da UBS que alimenta uma planilha do Google conforme a equipe que avaliará a queixa. Solicitações classificadas como queixa aguda entram diariamente na planilha das equipes, que, se somadas aos atendimentos programados (pacientes agendados), sobrecarregam os profissionais na assistência. A sobrecarga dos profissionais é mais facilmente refletida na quantidade de atendimentos realizados no turno e na dificuldade de cumprir sua carga horária estabelecida. Vale ressaltar, que quando é necessário solicitar avaliação de urgência ou emergência, ao solicitar ambulância, é frequente a regulação encaminhar os pacientes de baixa complexidade para a UPA da região. Além disso, também já ocorreram casos da UPA encaminhar pacientes atendidos para a UBS de referência por queixas agudas de urgência, como pneumonia bacteriana, trombose venosa profunda e anemia grave com comprovação laboratorial realizado no local.

A AP 5.3 é compreendida pelos bairros de Paciência, Santa Cruz e Sepetiba. Possui quatro UPAs (3 unidades da SMS e 1 da SES), uma Coordenação de Emergência Regional (CER), um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) e um Hospital Municipal. Apesar do contingente de unidade para atendimento de urgência e emergência, é habitual as UBS terem um quantitativo de atendimento de pouca urgência ou não urgente, considerados verde e azul, respectivamente, pela Classificação de Manchester, superior aos atendimentos programados, como as linhas de cuidado (puericultura, pré-natal, hipertensão). Além disso, é comum o relato dos cadastrados que não receberam atendimento nas UPAs ou CER ou a apresentação de contrarreferências confeccionadas por estas unidades para que as equipes de referência acolham as demandas de urgência dos cadastrados. Em terceiro lugar, é preciso frisar que, eventualmente, as UBS acolhem demandas de emergência, como casos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, tromboembolismo pulmonar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir dos fatores apresentados, é possível notar que o trabalho da APS sofre importante descaracterização, sendo transformada em um cenário de atendimento de demanda livre majoritariamente e que somados os dois tipos de atendimentos (programados e de demanda livre) mais as outras tarefas que os profissionais das equipes precisam desempenhar (coordenação do cuidado,

vigilância) é gerado uma pressão assistencial e um acúmulo de funções, respectivamente, que provoca sobrecarga e esgotamento dos profissionais que compõem as equipes de ESF.

A dificuldade na articulação da APS com a RAUE do município do Rio de Janeiro em duas APs distintas traduz o termo já conhecido de “UPA da família”. Dessa forma, é urgente a escuta dos profissionais de ambos os serviços, dos usuários e o estabelecimento de novos fluxos intersetoriais.

REFERÊNCIAS

- (1) Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66:158–64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/abstract/?lang=pt>
- (2) Stelet BP, Modesto AAD, Oliveira Neto A de, Aragão CM de, Reigada CL de L. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. Trab educ saúde. 2022;20:e00588191. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Mh5ZTwScWpNYt4QnsZGqpgB/?lang=pt>
- (3) Quick Doll SC, Macieira C, Matta-Machado ATG da, Borde EMS, Santos A de F dos. Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. Cad Saúde Pública. 2022;38:e00009922. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GDTkGWrFMxhWFKsjx9Cjmck/?lang=pt>
- (4) Jesus APS de, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. Rev Bras Enferm. 2021;74:e20201361. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/prWmyPMW3LNVwXsqGMhghBQ/?lang=en>

A COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DOS ATENDIMENTOS

Sandra Fortes¹

Júlia Picanço Bezerra de Menezes Costa

Anna Luiza Barbosa Araújo

Marina Soares Alves Fernandes

Sean J. Haley, Manoela Salgado

Renata Werneck Vargens

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TM) representam um desafio global de saúde pública, afetando mais de 450 milhões de pessoas ao redor do mundo, sendo uma das principais causas de incapacidade e perda de qualidade de vida. Estima-se que pelo menos 75% das pessoas com essas condições, em países de baixa e média renda, não recebam o tratamento necessário, evidenciando uma lacuna significativa no acesso a cuidados¹. Verifica-se, assim, que estes pacientes constituem um importante problema para a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esta é a responsável pela coordenação do cuidado e a resolução de 80% das demandas de saúde.

No modelo vigente para o cuidado a quadros clínicos de alta prevalência, o número de casos em tratamento registrados nos prontuários eletrônicos sobre a prevalência esperada aponta a qualidade do cuidado realizado. Assim, consideramos que registro da base de dados da APS sobre TM nos prontuários eletrônicos é de extrema importância para a organização deste cuidado pois permite uma análise mais precisa das necessidades da população, auxiliando no desenvolvimento de projetos que busquem o diagnóstico, a prevenção e o tratamento dos transtornos mais prevalentes². No Rio de Janeiro, um agravante na problemática dos registros de TM na APS foram as mudanças do sistema de registros em 2017 e 2022, que resultaram na perda de dados previamente obtidos.

OBJETIVO

Esse artigo busca analisar os padrões de registro dos diagnósticos dos transtornos mentais para sua utilização como indicador de cuidado da SM pela Atenção Primária. A partir dos dados de duas unidades da APS da cidade do Rio de Janeiro em dois momentos distintos, incluindo os períodos de modificações dos modelos de registro utilizados, propiciando o estudo de suas dificuldades e potencialidades, qualificando sua utilização na Atenção Básica.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: sandrafortes@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado com dados secundários a partir de banco de dados consolidados das unidades, sem acesso ao conteúdo do prontuário, dispensando a avaliação pelo comitê de ética. É baseado na análise de registros de diagnósticos de TM lançados no prontuário Vita-Care. Os dados foram coletados em 2016 e 2022 e abrangem duas unidades da APS localizadas na área programática 2.2 do RJ. As informações foram categorizadas no Excel®. Analisou-se a proporção entre o número de pacientes registrados, de diagnósticos de TM encontrados e a prevalência esperada na população.

Os dados da população foram obtidos por meio do sistema Accountability da SMS-RJ considerando apenas indivíduos maiores de 19 anos das unidades para esse estudo. Os diagnósticos de TM foram classificados em três categorias com base na CID-10. A primeira categoria é transtornos mentais comuns (TMC), CIDs F32 a F45, relativos à ansiedade e depressão. A segunda categoria é transtornos mentais graves (TMG), exemplificados por esquizofrenia e transtorno bipolar, CIDs F20 a F31. A terceira categoria são os transtornos relacionados ao uso de álcool (TUA), CID F10.

RESULTADOS

Na análise comparativa dos pacientes por grupo de transtorno, na unidade A, observamos 44 pacientes com TUA em 2016 e 31 em 2022, com 3 pacientes nos dois registros; 72 pacientes com TMG em 2016 e 79 em 2022, com 24 nos dois registros; 434 pacientes com TMC em 2016 e 518 em 2022, com 125 nos dois registros. Na unidade B, 6 pacientes com TUA em 2016 e 26 em 2022, com 1 paciente nos dois registros; 18 pacientes com TMG em 2016 e 36 em 2022, com 12 pacientes nos dois registros; 110 pacientes com TMC em 2016 e 256 em 2022, com 47 pacientes nos dois registros.

É importante destacar que um único paciente pode apresentar mais de um TM, refletindo em um número maior de diagnósticos do que de pacientes.

A prevalência esperada na população segundo a literatura nas categorias TUA, TMG e TMC são respectivamente 13,1%, 2,5% e 29,4%³. Na unidade A, usando como referência o Accountability, na população de 4499 em 2016, foram encontrados respectivamente em TUA, TMG e TMC, 1,22% (N=55), 1,93% (N=87) e 11,58% (N= 521) de detecção. Em 2022, com uma população de 6943, foram encontrados 0,68% (N=47) em TUA, 1,58% (N=110) em TMG e 11,78% (N=818) em TMC.

Já na unidade B, em 2016, de 2372 pessoas maiores de 19 anos cadastradas, foram encontrados em TUA, TMG e TMC respectivamente, 0,25%(N=6), 0,97% (N=23) e 5,96% (N=135) de detecção. Já em 2022, de 2818 pessoas maiores de 19 anos cadastradas, foram encontrados 1,21% (N=34) de TUA, 2,31% em TMG (N=65) e, em TMC, 14,62% (N=412) de detecção.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Na análise dos registros dos pacientes, observamos que muitos aparecem apenas no ano de

2016, não apresentando mais registro no ano de 2022. Pela natureza crônica dos TM, se esperava uma maior continuidade no seguimento. Quanto aos diagnósticos, observamos que ambas as unidades possuem a detecção de TM abaixo da prevalência populacional, com destaque para TUA. Em 2022, nota-se uma diminuição da detecção na unidade A. Em relação a unidade B, houve um aumento da detecção, possivelmente relacionada à permanência dos profissionais responsáveis pela unidade.

Há uma grande lacuna de cuidado em saúde mental, existindo dificuldades no acesso e no acompanhamento desses pacientes. Neste recorte do RJ, foi possível identificar fragilidades no cuidado prestado pelas equipes, especialmente na categoria de TUA e diferenças importantes na evolução das duas unidades, com a menor rotatividade das equipes parecendo afetar positivamente a sua capacidade de detecção de TM.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana da Saúde. Política para a promoção da saúde mental na Região das Américas. Washington DC: OPAS; 2023. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57235/OPASNMHMH230002_por.pdf
- (2) Salgado MA, Fortes SLCL. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. Cad Saúde Pública. 2021;37(9):e00178520. doi: 10.1590/0102-311X00178520
- (3) Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani I de S, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey—a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. Braz J Psychiatry. 2009;31(4):375–86. Doi: 10.1590/S1516-44462009000400016

A CRIAÇÃO DE LIGAS ACADÊMICAS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA SAÚDE NA PROMOÇÃO DA INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Luiza Costa Mpalantinos¹
Maria Rita Monteiro Freitas
Maria Rita Costa Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A extensão é o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e pesquisa e viabiliza a relação universidade e sociedade (1). Na área da saúde, as Ligas Acadêmicas foram surgindo como uma forma de extensão universitária que aproxima a saúde à população, datando a criação da primeira liga em 1920, com a Liga de Combate à Sífilis na Universidade de São Paulo (USP) (2). A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) define pessoa com deficiência (PCD) aquela que tem impedimento de longo prazo o qual, em interação com barreiras, pode obstruir sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (3). Dessa forma, em prol de assegurar a integralidade e aproximar esse grupo da saúde, foi instituída em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com o intuito de fornecer uma atenção humanizada, promover a equidade e um cuidado integral em um serviço de qualidade e multiprofissional (3). No entanto, existe a questão de que o acesso à saúde por parte dos PCDs ainda é excludente, perpassando por um processo histórico de invisibilização, demonstrando, assim, o quanto a saúde é algo limitado a eles (4). Dessa forma, o presente estudo visa entender se a criação de projeto de extensão de Ligas Acadêmicas consegue promover acessibilidade e inclusão a esse público.

OBJETIVO

Tem-se como objetivo avaliar o impacto da criação de ligas acadêmicas voltadas à saúde da pessoa com deficiência na formação de estudantes da área da saúde. Assim, pretende-se analisar se as ligas acadêmicas promovem a inclusão e acessibilidade dessa população, bem como identificar possíveis contribuições para o desenvolvimento de competências profissionais, sensibilização e preparo dos estudantes para atender adequadamente às demandas e direitos das pessoas com deficiência.

METODOLOGIA

A revisão sistemática foi conduzida com o objetivo de responder à seguinte pergunta: “A criação de ligas acadêmicas de saúde da pessoa com deficiência na formação de estudantes da área da saúde promove a inclusão e acessibilidade dessa população?”. Utilizou-se o modelo PICO, considerando e para identificar os estudos, foi realizada uma busca nas bases: PubMed, Scielo, LILACS/BVS e

1 E-mail: luizampalantinos@id.uff.br

Cochrane. A busca incluiu estudos publicados em qualquer ano, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizou combinações de palavras-chave e descritores, como “University Extension Programs”, “Outreach Programs”, “Disabled Persons”, “Persons with Disabilities” e “Health Education”, e os operadores booleanos “AND” e “OR”. A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada utilizando o protocolo PRISMA e o processo seguiu as quatro fases estabelecidas pelo método. Após a aplicação da estratégia de busca, 69 artigos foram recuperados das bases de dados. Destes, 66 artigos foram excluídos com base nos critérios previamente estabelecidos. Após a leitura completa dos 3 artigos remanescentes, apenas 1 artigo foi selecionado para inclusão na revisão sistemática, o qual foi analisado qualitativamente.

RESULTADOS

Após a aplicação estratégica dos dados para a busca, é importante ressaltar a grande dificuldade enfrentada para encontrar os artigos esperados. Tendo completado a triagem dos arquivos pré selecionados, apenas 1 se encaixava nos critérios estabelecidos. A pesquisa analisou os efeitos do projeto de extensão Promoção de Saúde Bucal para Pacientes Especiais (PROSBE) (5), enfatizando como ele ajudou a treinar cuidadores, professores e estudantes, e aprimorar a saúde bucal de pessoas com deficiência. Um dos principais resultados foi o aprimoramento das habilidades dos responsáveis pelos pacientes, com a capacitação de cuidadores e professores. No impacto na formação acadêmica, os estudantes de odontologia que participaram do projeto ganharam experiência valiosa, sentindo-se mais seguros e à vontade para atender pacientes com necessidades especiais. O trabalho em conjunto com outras áreas da saúde, como fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia, expandiu a perspectiva dos alunos e reforçou a importância de um cuidado atencioso e completo. Além disso, o projeto impactou positivamente a saúde bucal dos participantes, reduzindo taxas de cárie e o acúmulo de placa bacteriana por meio de ações preventivas, como a supervisão da higiene bucal, a aplicação de flúor e orientações nutricionais. A extensão universitária foi crucial para disseminar práticas de higiene oral, beneficiando tanto os pacientes quanto a formação dos estudantes. Os resultados do projeto evidenciam que a educação em saúde bucal junto à extensão universitária, é fundamental para a melhoria do bem-estar de pacientes com necessidades especiais. O PROSBE, assim, fomentou a criação de uma rede de apoio entre cuidadores, profissionais e estudantes, transformando a forma como a saúde bucal dessa população é encarada.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados obtidos demonstram que a criação de ligas acadêmicas voltadas à saúde da pessoa com deficiência pode contribuir significativamente para a formação dos estudantes da área da saúde, promovendo a inclusão e acessibilidade dessa população. No entanto, apesar do resultado positivo dos projetos de extensão como ferramenta essencial para o desenvolvimento de competências técnicas e humanizadas, com o potencial de aumentar a qualidade do atendimento às pessoas com deficiência, a escassez de estudos sobre a temática evidencia uma negligência em relação à formação acadêmica voltada

ao atendimento especializado e à necessidade de políticas públicas mais eficazes para garantir a inclusão plena dessa população nos serviços de saúde. Dessa forma, fica evidente que as ligas acadêmicas são um instrumento relevante na construção de uma assistência mais equitativa e qualificada, beneficiando tanto os estudantes quanto a população atendida.

REFERÊNCIAS

- (1) Correa EJ. Extensão Universitária: Organização e Sistematização/Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. 2007.
- (2) Cavalcante ASP et al. Em busca da definição contemporânea de “ligas acadêmicas” baseada na experiência das ciências da saúde. Interface. 2021;5. Doi: 10.1590/interface.190857.
- (3) Macedo MS et al. Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil. Cienc Saude Colet. 2025;30(2):1–12.
- (4) Farias TMO et al. O estreito acesso das Pessoas com Deficiência aos serviços de saúde em uma capital nordestina. Ciênc Saúde Colet. 28(5):15–48.
- (5) Oliveira JS, Prado Júnior RR, Fernandes RF, Mendes RF. Promoção de saúde bucal e extensão universitária: novas perspectivas para pacientes com necessidades especiais. Rev ABENO. 2015;15(1):63–9.

A DIFERENÇA NA ABORDAGEM PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) E NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SAE)- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Júlia Aarão Lopes¹

Karen Victória de Souza Silva Salgado

Maria Gabriela Soares Rodrigues

Maria Júlia Dreher Barbosa

Úrsula Moreira de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O estudo realizado é um relato de experiência sobre as vivências adquiridas em duas unidades de saúde durante nossa graduação em medicina, localizadas em Petrópolis, RJ: o Posto de Saúde da Família (PSF) de Boa Vista e o Serviço de Atenção Especializada (SAE). O PSF de Boa Vista pertence à Atenção Primária, sendo a porta de entrada dos pacientes no sistema de saúde.¹ Essa dinâmica favorece o desenvolvimento de vínculos entre pacientes e profissionais, além de possibilitar o acompanhamento longitudinal do usuário em diferentes etapas da vida, o que reflete os conceitos de integralidade e longitudinalidade. Em contraste, o SAE de Petrópolis atende casos de infecções, como tuberculose, hanseníase e HIV/AIDS, com foco no diagnóstico e suporte psicossocial.² Nesse serviço, a relação médico-paciente prioriza ainda mais a privacidade do indivíduo. Esses dois cenários distintos permitiram observar que a conduta do profissional de saúde depende tanto do público-alvo quanto do objetivo da unidade de atendimento, mostrando que diferentes serviços de cuidado demandam abordagens diferenciadas.

OBJETIVO

O objetivo do estudo realizado é demonstrar, a partir de um relato de experiência vivenciado pelas cinco acadêmicas do curso de medicina, a diferença existente na conduta profissional entre a abordagem de atendimento na Atenção Primária em Saúde (APS) e no Serviço de Atenção Especializada (SAE), sendo este último pertencente à Atenção Secundária em Saúde.³

METODOLOGIA

Este estudo teve como objetivo compreender a experiência do usuário em saúde por meio da coleta de narrativas. Realizamos duas entrevistas qualitativas, conduzidas por nós, cinco alunas de medicina: a primeira no PSF Boa Vista, com duração de 1h30, e a segunda no DIP, com duração de 20 minutos. As entrevistas foram semiestruturadas, o que permitiu que os participantes expressassem livremente suas vivências.

1

Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: juliaal@alu.unifase-rj.edu.br

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a comunicação foi mais aberta e próxima, enquanto no serviço especializado, observamos maior reserva por parte dos pacientes. No PSF Boa Vista, tivemos a oportunidade de realizar visitas domiciliares, o que nos proporcionou um contato mais pessoal com os usuários. Esse momento nos permitiu conhecer melhor a trajetória deles na unidade de saúde e a realidade em que se encontravam. A dinâmica da APS estabeleceu uma relação de proximidade entre os usuários e os profissionais de saúde, o que facilitou o compartilhamento de histórias, abordando tanto questões de saúde quanto outros aspectos pessoais.

Uma experiência marcante foi o contato com um usuário tetraplégico, que modificou nossa visão estereotipada sobre essa condição. Durante uma visita à sua casa, ele compartilhou sua perspectiva de vida, a importância do PSF Boa Vista em sua rotina, como lida com sua condição e o acidente que causou a tetraplegia. Essa interação nos proporcionou uma compreensão mais humanizada da tetraplegia, desafiando as noções preconcebidas que tínhamos.

Por outro lado, no SAE-Petrópolis, o relacionamento entre os usuários e os profissionais de saúde foi mais breve e impessoal, com menor proximidade em comparação à APS.

A natureza do serviço especializado, que trata infecções como tuberculose, hanseníase e ISTs, pode explicar essa dinâmica.² Pacientes com essas condições tendem a ser mais reservados, devido ao medo do julgamento e preconceito frequentemente associados a essas doenças. Em uma dessas entrevistas, tivemos contato com um paciente que inicialmente mostrou resistência em compartilhar sua história, principalmente por receio de sermos questionadas sobre o motivo de sua presença na unidade de saúde. Para evitar essa apreensão, focamos a conversa em outros aspectos, como uma “piora na visão” após uma cirurgia oftalmológica no olho direito. Esse enfoque nos permitiu que o paciente se sentisse mais à vontade para compartilhar outros aspectos de sua vida, sem que estivéssemos abordando diretamente sua condição atual.

A ausência de informações sobre uma condição também pode ser considerada uma forma de informação, pois reflete o desconforto do paciente em falar sobre sua situação. Isso nos fez perceber a importância de respeitar o silêncio dos pacientes em relação a certos temas e adotar abordagens profissionais adaptadas ao perfil de cada unidade de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência no PSF de Boa Vista e no Serviço de Atenção Especializada (SAE) evidenciou diferenças na abordagem profissional entre a Atenção Primária e a Secundária. No PSF, o vínculo contínuo com os pacientes facilita a prevenção e o cuidado integral.¹ Já no SAE, o atendimento especializado exige sigilo, objetividade e suporte psicossocial, tornando a relação médico-paciente mais desafiadora.

Ficou evidente que a conduta profissional deve se adaptar não só ao ambiente de trabalho, mas também às particularidades dos pacientes. Enquanto na Estratégia Saúde da Família (ESF) há um

desenvolvimento próximo e contínuo, na atenção especializada a relação tende a ser pontual, exigindo uma abordagem mais direta, mas sempre humanizada. Assim, essa vivência reforçou a importância de uma atuação flexível e centrada no paciente, garantindo um cuidado adequado em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. PCDT para Atenção Integral às Pessoas com ISTs. Brasília, DF: MS; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infeccoes-sexualmente-transmissiveis/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-as-pessoas-com-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-pcdt-2020>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/2010 – Diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde no SUS. Brasília, DF: MS; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

A DISSEMINAÇÃO DE FAKE NEWS E A MOBILIZAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE: UM RELATO DE CASO

Ana Izabel Passarella Teixeira¹

Ana Paula Barbosa de Oliveira

Maria Luisa Gonçalves Salgado

Marina Alves Gomes e Oliveira

Raquel Silva Barretto

A disseminação de fake news (notícias falsas) sobre vacinas em mídias sociais como Facebook, Instagram e Whatsapp promove a desconfiança sobre a eficácia e a segurança das vacinas, levando a menores taxas de vacinação e resistência aos esforços de imunização. Essa desinformação distorce a percepção pública sobre as medidas de prevenção de doenças e contribui para os desafios de saúde pública [1]. O município de Paranaíba, Mato Grosso do Sul, também enfrentou e enfrenta seus desafios no que diz respeito ao tema, envolvendo programas vacinais. Diante disso, o presente trabalho vem no sentido de apresentarmos um relato de experiência da coordenação de imunização frente à disseminação de uma fake news específica.

O município de Paranaíba está localizado na região leste do estado do Mato Grosso do Sul, com uma população de 40957 habitantes e um índice de desenvolvimento humano municipal de 0,721. [2] Durante a Pandemia, uma fake news que circulou nacionalmente pelo Whatsapp, chegou ao município. No áudio, uma personagem feminina recomendava aos seus pacientes (seria ela uma médica? O áudio não deixa claro e ela não se identifica) que não se vacinassem com a bivalente contra a COVID-19 e que não tomassem a vacina da influenza, pois ela continha o imunizante utilizado na de COVID-19. Esse áudio teve seu auge durante as campanhas de vacinação contra a COVID-19 e naquela ocasião a bivalente ainda era utilizada.[3] Na época, a coordenação municipal de imunizações fez campanhas, acionou mídias e rádios locais para combater essa notícia falsa. Agora em 2025, esse áudio voltou a circular e a causar histeria, principalmente entre os idosos. A coordenação de imunizações recebeu essas informações por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS). Esse contexto demandou uma série de esclarecimentos diretos aos ACS, bem como a presença efetiva da coordenadora do programa de imunização nas rádios municipais, com fins de orientação da população. Foi esclarecido coletivamente que a vacina bivalente deixou de ser utilizada pelo Programa Nacional de imunização, sendo substituída por outras vacinas, após novos estudos [4]. Considerações: Ruggeri e colaboradores [5] destacam que poucas intervenções foram cientificamente avaliadas para combater a hesitação vacinal nas mídias sociais. Os autores afirmaram que mensagens sobre a segurança e eficácia das vacinas não bastam, sendo preciso acessar os grupos mais propensos à desinformação, como é o caso dos pais de crianças na primeira e na segunda infância, assim como dos idosos, podendo ser esta uma estratégia interessante para demonstrar como tais mensagens deturpam a veracidade. Aqui, nós expusemos resumidamente o

1 Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: ana.i.p.teixeira@ufms.br

caso de uma fake news, que circulou duas vezes e, reiteramos a importância do papel dos ACS, como “pontes” entre os cidadãos afetados e a inserção de novas realidades, que conduzem à saúde baseada nas evidências científicas.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva GM, Sousa AAR de, Almeida SMC, Sá IC de, Barros FR, Sousa Filho JES, et al. COVID-19 vaccination challenges: from fake news to vaccine hesitancy. *Ciênc Saúde Colet*. 2023 Mar;28(3):739–48.
- [2] IBGE. Panorama cidades: Paranaíba. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/paranaiba/panorama>
- [3] Brasil. Ministério da Saúde, Serviços e Informações do Brasil, 2023. Vacinação com dose de reforço bivalente contra Covid-19 é ampliada para toda a população acima de 18 anos Cerca de 97 milhões de brasileiros podem procurar as unidades de saúde para fortalecer a proteção contra a doença. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-evigilancia-sanitaria/2023/04/vacinacao-com-dose-de-reforco-bivalente-contracovid19-e-ampliada-para-toda-a-populacao-acima-de-18-anos>
- [4] Brasil. Ministério da Saúde, 2025 Departamento do Programa Nacional de Imunizações, Nota Técnica Nº 23/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-232025-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>
- [5] Ruggeri K, Vanderslott S, Yamada Y, Argyris YA, Večkalov B, Boggio PS, et al. Behavioural interventions to reduce vaccine hesitancy driven by misinformation on social media. *The BMJ*. 2024;384:e076542–2. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/384/bmj-2023-076542.full.pdf>

A EFICÁCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOÇÃO DE ACESSIBILIDADE NA MOBILIDADE URBANA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Júlia Pereira Alves¹

Rafaella Mafezoni Caetano

Samuel Duarte de Britto

Magda de Souza Chagas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Pessoa com deficiência (PCD), de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é a que apresenta impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo que, em interação com barreiras, podem dificultar sua participação na sociedade em igualdade com os demais [1]. Concomitante a um diagnóstico da CID-10, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), descreve a funcionalidade e incapacidade relacionada às condições de saúde, identificando possibilidades e limitações de atividades diárias e sociabilidade na população [2]. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2022, a população com deficiência no Brasil é estimada em 18,6 milhões de pessoas de 2 anos ou mais, correspondendo a 8,9% dessa população [3]. Embora essa população seja expressiva, ainda há um longo trajeto acerca dos direitos e da acessibilidade a serem garantidos, por exemplo, a mobilidade urbana. A mobilidade urbana permite o deslocamento na cidade, sendo uma determinação de planejamento e execução municipal a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU), da lei 12.587/12. Entre seus objetivos, busca a inclusão social e promover melhorias à acessibilidade e à mobilidade [4]. Mesmo com a política, ainda existem empecilhos para uma mobilidade urbana efetiva da PCD no país.

OBJETIVO

Levantar a literatura acerca da mobilidade urbana no Brasil, as políticas públicas desenvolvidas, a acessibilidade e a promoção da inclusão para pessoas com deficiência no transporte coletivo.

METODOLOGIA

O estudo refere-se à revisão sistemática da literatura seguindo as diretrizes do protocolo PRISMA. Primeiramente, determinaram-se os descritores de pesquisa para a aplicação da metodologia. Os encontrados foram (“Deficiência”) AND (“Mobilidade”). Desse modo, utilizou-se o acrônimo PICO na elaboração da pergunta norteadora. “Pessoas com deficiência” representa a população/paciente (P), “Políticas públicas” representa a intervenção (I), “Mobilidade urbana” representa contexto (C) e,

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: juliapa@id.uff.br

“Acessibilidade” o outcome (O). Com isso, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), colocando esses descritores na busca avançada encontram-se 739 artigos. No entanto, para que fosse realizada uma busca específica da temática pesquisada, utilizaram-se os filtros: “LILACS”, na base de dados; “Pessoas com deficiência” e “Limitações de mobilidade”, no assunto principal; “Português”, no idioma e “2005 a 2025”, no intervalo do ano de publicação. Dessa forma, foram encontrados 45 artigos, os quais foram selecionados 7 para fundamentar as teses elaboradas dentro desse trabalho.

RESULTADOS

A análise dos artigos revela a permanência de obstáculos da acessibilidade e da mobilidade urbana no Brasil. Desses, três artigos demonstram adversidades em espaços e deslocamentos nas cidades em diferentes regiões do país. Um artigo demonstra os custos elevados para a inclusão nos espaços físicos, enquanto outros três expõem os impedimentos em transportes públicos, para deslocamento, ou privados, para viagens, bem como o agravamento de divergências estruturais pela COVID-19.

A partir disso, observam-se lacunas de acessibilidade e mobilidade urbana para diferentes deficiências, pelos empecilhos relatados de acesso a serviços de saúde e espaços públicos, bem como dificuldade de mobilidade em calçadas para cegos e cadeirantes, por exemplo, expondo um problema nacional. Em um contexto em que o direito de ir e vir para parte da população não é executado, evidencia-se que a equidade é violada e a inclusão não é prioridade na arquitetura, fato que prejudica a livre circulação de pessoas com deficiência. Ademais, é notório que, embora existam políticas para a promoção do espaço inclusivo, muitas não são eficazes ou falta manutenção desses espaços, gerando transtornos aos usuários.

Cabe ressaltar, ainda, que o ambiente de trabalho também é cercado de dificuldades de locomoção e de convívio. Isso se deve a locais onde carece a estrutura de rampas de acesso, piso tátil para pessoas com baixa visão ou cegas, mesas de alimentação para cadeirantes e banheiros projetados com travessões para segurança, além de portas com molas retráteis, dificultando a mobilidade. Assim, evidencia-se que, no Brasil, os ambientes de transporte e de trabalho não são projetados para uma arquitetura inclusiva, mesmo na presença de leis, de forma a dificultar a cidadania de uma parcela da sociedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ainda que os dados da PNAD exponham, em 2022, uma população 18,6 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, é evidente que acessibilidade ainda é negada, tendo em vista que locais de lazer, excluem-os pela falta de infraestruturas, à exemplo de rampas, piso tátil, elevadores para cadeirantes, banheiros adaptados e ausência de intérpretes de libras. Além disso, essa população enfrenta dificuldades diárias ao utilizar meios de transporte, já que, em muitos casos, as infraestruturas não estão adaptadas a PCD, evidenciado pela ausência de elevador para cadeirantes em ônibus, espaço para cadeiras de rodas, banheiro nos ônibus e espaço reduzido entre as cadeiras, bem como no local

de trabalho, que carece dos problemas citados, bem como da carência de refeitórios adaptados. Assim, muitas pessoas com deficiência deixam de sair de casa para lazer, trabalhar ou utilizar serviços de saúde, tendo em vista que a estrutura social do Brasil ainda não conseguiu abrangê-los com equidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana da Saúde. Deficiência. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/deficiencia>.
- (2) Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev bras epidemiol. 2005;8(2):187-93. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
- (3) Brasil. Ministério das Cidades. Mobilidade Urbana. Brasília, DF: Ministério das Cidades; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/cidades/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caravana-derivativa/mobilidade-urbana>.
- (4) Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
- (5) Cristo FD et al. Impactos da Covid-19 na mobilidade, na acessibilidade e no trabalho do psicólogo do trânsito. Psicologia: Ciência e Profissão. 2020;40:753-766.
- (6) Hillesheim D et al. Mobilidade urbana ativa de adultos com perda auditiva e a percepção sobre o ambiente: um estudo multicêntrico. Cad Saúde Pública. 2019;35(11).
- (7) Kanikadan PY, Yuba TY, Maior IdL, Borger FG, Campino ACC. Custos adicionais da pessoa com deficiência física – São Paulo e Brasil. 2019.

A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO DE MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: QUANDO A UNIVERSIDADE, OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O TERRITÓRIO CONVERGEM PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

Renata Araújo Pimenta Gonçalves¹

Leandro Augusto Pires Gonçalves

Adriana Silva de Almeida

Camila Carvalho Varela

Elisa Maria de Brito Gomes

Emanuelli Cristine Cramussancar Oliveira

Erika Mendes Soares

Lavinia Muniz de Lima

Luisa Nery da Costa Maia Pereira

Renata da Conceição Alves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato trata de uma experiência de cuidado em Saúde com múltiplas dimensões: a articulação ensino-serviço manifesta pela parceria entre uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) e uma Universidade Pública; a construção de um Projeto Terapêutico Singular familiar decorrente dessa parceria, com o foco nas mulheres da família, que contou, também, com a entrada em cena de uma profissional da equipe multi (E-multi) que compõe a rede de Saúde Municipal; e a execução das atividades de um grupo de mulheres idealizado como parte do PTS familiar desenvolvido. Temos nesse relato notas de Formação e Educação em Saúde, Trabalho Interprofissional e Cuidado em Saúde.

A entrada em cena da família que participou dessa experiência conosco se deu quando uma integrante da família procurou a unidade de saúde, relatando uma condição de saúde mental fragilizada e solicitando ajuda. Primeiramente, a equipe da unidade elaborou um genograma com o objetivo de compreender as relações familiares e identificar padrões de interação, além de orientar o planejamento das intervenções em saúde. Em seguida, realizou-se a coleta de dados nos prontuários das pessoas da família, com o propósito de identificar suas condições de saúde. Após essa fase, foram realizadas visitas domiciliares e agendadas consultas na unidade, sendo constatada a necessidade de criar um grupo com as mulheres da família.

OBJETIVO

Relatar a experiência de um grupo de mulheres como vetor importante no Projeto Terapêutico Singular e estratégias de cuidado de uma família com múltiplos e complexos problemas de saúde.

1

Universidade Federal Fluminense. E-mail: rpimenta20@hotmail.com

Compartilhar uma iniciativa que combina articulações e ferramentas da Formação e Educação em Saúde, do Matriciamento em Saúde e do Cuidado em Saúde, no movimento coletivo que engajou pessoas de uma unidade de APS, uma equipe E-multi, uma universidade pública e a própria família atendida.

METODOLOGIA

O grupo de mulheres aconteceu da seguinte forma: 3 encontros, um a cada semana. O primeiro encontro teve como proposta a dinâmica “O que eu vejo?”, idealizada pelas estudantes. Para sua realização, foram utilizados como materiais uma caixa de presente e um espelho no fundo, com a inscrição “O que eu vejo?”. A dinâmica foi organizada em quatro momentos: a) Passagem da caixa por cada participante e momento de reflexão; b) Compartilhamento das reflexões; c) Análise do grupo e feedback; d) Intervenção do facilitador.

No segundo encontro, foi proposta a dinâmica intitulada “Conhecendo quem está ao lado”, que teve como materiais folhas, lápis e canetas de colorir e escrever, e foi organizada da seguinte forma: a) cada participante expressou, da forma que desejou, algo que marcou a sua vida; b) compartilhamento, por cada participante, dos motivos da sua escolha; c) intervenção do facilitador destacando o que houve em comum, e também diferente, entre o que foi compartilhado.

No último encontro do projeto piloto do grupo de mulheres, foram planejadas ações voltadas ao fortalecimento do autocuidado, incluindo auriculoterapia, maquiagem, rodas de conversa e espaço para o acolhimento das crianças da família. Esta atividade aconteceu na creche pública do território atendido pela unidade.

RESULTADOS

Nos encontros, potencializou-se a dinâmica interpessoal, “corpos vibráteis”, onde, no encontro entre as pessoas, há um poder de afetar e ser afetado. [1] Profissionais, estudantes e as mulheres da família compartilharam falas sobre a saudade de familiares falecidos e distantes, angústia, ansiedade, tristeza, pensamentos suicidas, sensação de impotência, medo, desesperança, traumas, culpa e dependência de outros. Destacam-se momentos que as mulheres trouxeram situações relacionadas à falta de autocuidado, a impressão de não mais se reconhecerem ao olharem no espelho, de não verem a mulher que já foram, nutrindo tristeza por querer retomar a juventude. Neste ponto, a presença de pessoas de diversas gerações no espaço foi um fator produtor de tensão e de elaboração. Nem sempre, foram os afetos negativos que prevaleceram: surgiram falas de superação, redes de apoio, cuidado, vínculos familiares, conquistas, revelando potência e esperança.

Foi questionado, também, por que as mulheres precisam resolver tudo, assumindo toda a responsabilidade, sobretudo pelo cuidado familiar: elas realmente não têm escolha ou poderiam optar por não fazer? E os homens, qual a parte deles nisso? Além disso, abordaram a questão da mulher independente, enquanto apontam que as tradições familiares continuam a se repetir e pesar sobre elas, apesar de tudo.

No último encontro, foram realizadas ações voltadas ao fortalecimento do autocuidado, incluindo auriculoterapia, maquiagem e lanche coletivo. Neste dia a participação se deu mais intensamente no corpo e na imagem das pessoas presentes. Foi um momento intenso de intimidade, menos palavras e mais afirmação dessas mulheres. Uma usuária da unidade pôde compartilhar com as mulheres da oficina suas habilidades de maquiadora.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que os objetivos e metas estabelecidos no PTS e nos grupos foram alcançados com sucesso, contribuindo, sobretudo, para a recuperação da Saúde mental das mulheres da família: ficou evidente que elas puderam se expressar e trabalhar questões pessoais e familiares antes não reveladas e elaboradas. Houve rica troca de experiências, criou-se um ambiente seguro para a circulação e emergência de sentimentos e emoções. Os corpos tornaram-se vibráteis, promovendo a afecção entre as pessoas presentes [1]. Foi criado um ambiente de respeito mútuo, forjado na admiração pelas trajetórias de vida ali compartilhadas, além de terem sido tecidas coletivamente perspectivas de futuro. Ainda sobre o futuro, o grupo tornou-se fixo na unidade de saúde e seguirá reunindo outras mulheres em busca de saúde.

REFERÊNCIAS

[1] Rolnik S. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulinas; 2011.

A GESTÃO DO CUIDADO PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E EM CUBA: REFLEXÕES À LUZ DE CECÍLIO

Stéfani dos Santos Conceição¹

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde se organiza a partir de relações econômicas, institucionais e políticas que possuem responsabilidades diretas na gerência dos processos vinculados a saúde de uma determinada população.[1] Dentre os países que contam com sistemas considerados universais de saúde, pode-se citar o Brasil, Cuba e Rússia. Tendo em vista a forma de organização dos sistemas de saúde, apesar de apresentarem diferenças, Brasil e Cuba dispõem de sistemas universais de saúde organizados em 3 níveis de atenção e com modelos amparados na Atenção Primária em Saúde (APS), como a Estratégia de Saúde da Família e o Programa Médico e Enfermeiro de Família, respectivamente.[2] No contexto brasileiro o enfermeiro desempenha um papel importante nas instâncias da APS, ao gerir o cuidado, representa grande influência e força tendo em vista o papel de articulador comumente desempenhado na dinâmica das relações dentro da equipe de saúde. [3] Segundo Cecílio, define-se a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia. Com isso, é possível delimitar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. [4].

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo analisar nas produções científicas as práticas de gestão do cuidado realizadas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde no Brasil e em Cuba a partir dos conceitos que explicitam as dimensões de gestão do cuidado de acordo com Cecílio. Espera-se que o presente trabalho promova compreensão das práticas de gestão do cuidado pelo enfermeiro na atenção primária em saúde em ambos os países.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa qualitativa sobre as práticas dos enfermeiros na gestão do cuidado na atenção primária no Brasil e Cuba. A questão norteadora foi: “Quais práticas de gestão do cuidado realizadas pelo enfermeiro na atenção primária são abordadas na literatura no Brasil e em Cuba?”. Consultaram-se as bases BDENF, LILACS, MEDLINE e CUMED via BVS. Incluíram-se estudos em português, inglês e espanhol, com texto completo gratuito, excluindo-se editoriais, teses, estudos de outros países ou que abordassem a equipe de enfermagem como um todo. O recorte

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: enfssantos@gmail.com

temporal inicia-se em 2011, devido a marcos relevantes: segunda PNAB no Brasil, reorganização dos serviços de saúde em Cuba e publicação do texto de Cecílio sobre gestão do cuidado. As buscas, realizadas em novembro de 2024, utilizaram três combinações de DeCS/MeSH: A. “Atenção Primária à Saúde” + “Enfermeiro” + “Gestão do cuidado”; B. “Atenção Primária à Saúde” + “Enfermeiro” + “Gestão em saúde”; C. “Primary Health Care” + “Nurse” + “Cuba”. Após aplicação dos critérios de seleção, restaram 8 estudos na combinação A, 11 na B e 19 na C, totalizando 38 artigos analisados.

RESULTADOS

Os trinta e oito trabalhos foram lidos exaustivamente de modo a permitir a identificação de todas as menções às práticas desempenhadas pelo Enfermeiro no contexto da APS. Essas práticas foram então categorizadas dentro das 5 dimensões da gestão do cuidado propostas por Cecílio para condução de análise comparativa entre ambos países. Diante da amostra final, observou-se uma predominância das publicações na base LILACS com 23 estudos (60,5%), em seguida a CUMED com 8 (21%), a MEDLINE com 5 (13%) e a BDENF com 2 (5%) publicações. Em relação aos anos de publicação dos trabalhos, o período 2018 a 2022 com 19 (50%) estudos configura-se como os anos em que houve maior índice de publicação. Todavia, em todos os anos propostos pelo recorte temporal estabelecido possui ao menos uma publicação. Seguindo a caracterização do material selecionado, 19 (50%) destes foram publicados no Brasil, 13 (34%) em Cuba, somente 1 (3%) no Chile e 4 (11%) nos Estados Unidos. Nesta perspectiva, 19 (50%) dos trabalhos foram publicados em espanhol, sendo o maior quantitativo, enquanto 11 (18%) no idioma português e 8 (21%) na língua inglesa. 18 estudos retrataram o Brasil e 20 estudos retrataram Cuba, enquanto não houve estados que retrataram ambos países. É possível perceber maior predominância de práticas do Enfermeiro que se caracterizam como parte das dimensões profissional e organizacional da gestão do cuidado em ambos os países. Também foi possível constatar elevado número de práticas comuns a ambos os contextos de APS, tais como a realização de visitas domiciliares, consultas de enfermagem, atividades de educação em saúde e estímulo ao autocuidado dos indivíduos acompanhados e atuação no campo da Vigilância em Saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Atenção Primária em Saúde tem sido abordada, por vezes, como uma panaceia para as mazelas de saúde dos indivíduos e dos sistemas de saúde do mundo. O profissional Enfermeiro tem adquirido autonomia e protagonismo na gestão do cuidado nesse nível de atenção. Refletir sobre os processos de trabalho desempenhados nesse contexto, de forma comparada, permite ampliar as possibilidades de compreensão e intervenção nessa realidade. Os dados apontam para maior prevalência de estudos sobre a realidade brasileira dentro desta temática, e, guardadas todas as diferenças de organização política, econômica e social entre ambos os países, pode-se perceber semelhanças no *modus operandi* do trabalho do Enfermeiro da APS.

REFERÊNCIAS

- (1) Lobato L de VC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2012;2:89–120.
- (2) Prá KRD, Minelli DS, Martini D, Da Rosa Turatti Fetzner R, Fontana KC. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Tempus Actas Saúde Colet. 2015;9(2):91–103. Doi: 10.18569/tempus.v9i2.1602
- (3) Soder M et al. Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. Rev Cubana Enfermer. 2020;36(1):2815. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000100004&script=sci_abstract&tlng=pt
- (4) Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface. 2011;15(37):589–99.

A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO EM ADOLESCENTES DO COLÉGIO ESTADUAL HÉLIO RANGEL, DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO

Giulia Francisca Sarantakos Cordeiro¹

Manoela Nagib de Carvalho da Silva

Carine Vieira de Souza

Gabriel dos Santos Macedo Silva

Thiago Alves Saraiva

Carina Sholl dos Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes do curso de Medicina da instituição Universidade Unigranrio Afya, campus Duque de Caxias–RJ na disciplina Práticas Interdisciplinares de Extensão Pesquisa e Ensino I. O Projeto de Extensão consistiu em três visitas ao Colégio Hélio Rangel, localizado na comunidade local do bairro Jardim Primavera, com a intenção de desenvolver um projeto voltado para o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.0 “Saúde e Bem-Estar”, das Nações Unidas do Brasil [1].

No primeiro contato com a comunidade foi realizada a primeira visita ao Colégio. A recepção foi feita pelo vice-diretor, que expôs como tema a ser executado no projeto de extensão a “importância da vacinação”, pois grande parte dos alunos não possuía conhecimento sobre o assunto. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um modelo de cuidado que nasceu no ano de 1973, é destinado a todas as faixas-etárias e disponibilizado de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde [2].

O PNI é de extrema importância para a população brasileira. A partir dele, doenças como a poliomielite e a varíola foram erradicadas [2]. Porém, de acordo com dados estatísticos vacinais de doenças que reemergiram, confirma-se que menos pessoas aderem ao PNI [3]. Como forma de reverter este quadro, são de extrema importância a transmissão de informação e a educação em saúde [3,4].

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi conscientizar os alunos do Ensino Médio do Colégio Hélio Rangel sobre a importância do Programa Nacional de Imunização através da realização de ações educativas em saúde destinadas aos adolescentes com a intenção de sensibilizar alunos e funcionários do Colégio, detectar dificuldades no acesso à vacinação e consequentemente, aumentar a cobertura vacinal da comunidade Jardim Primavera.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa. Foram realizadas três visitas ao Colégio Hélio Rangel entre agosto e novembro de 2024. Na segunda visita foi

1 Universidade do Grande Rio. E-mail: giuliasacor@gmail.com

aplicado um questionário elaborado pelos acadêmicos de medicina, com a finalidade de compreender o conhecimento dos alunos em relação ao PNI voltado ao adolescente. Os participantes desta etapa foram dezesseis alunos do 3º ano do Ensino Médio. O questionário continha treze perguntas sobre conhecimentos sobre o PNI como: “Você sabe quais são as vacinas que um adolescente deve tomar?” e sobre a opinião dos alunos sobre o acesso à vacinação na comunidade, como “Você acha que as vacinas aqui na região são de fácil acesso?”. Tais respostas evidenciaram uma grande contradição, pois 56,25% dos alunos não sabiam quais eram as vacinas que o adolescente deveria tomar e 87,5% dos alunos afirmaram acreditar que as vacinas em sua região de residência eram de fácil acesso.

Após a análise das respostas dos alunos foi realizado um terceiro encontro, com 43 alunos presentes e também funcionários do Colégio, onde foi ministrada uma palestra sobre a história da vacinação no Brasil e sobre a importância do PNI, evidenciando a caderneta vacinal do adolescente. Também foi transmitido um vídeo explicativo e com o objetivo de consolidar o conhecimento aprendido, os alunos realizaram um *quiz* ao final da ação, com direito a premiação para o participante de maior pontuação. Os resultados do *quiz* trouxeram dados importantes para o estudo. Após a palestra e vídeo, 88% dos alunos responderam corretamente à pergunta “Quais vacinas um adolescente precisa tomar?” e em todas as demais perguntas, houve acima de 50% de acertos, comprovando a eficácia da educação em saúde para estes alunos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conscientizar os adolescentes acerca da importância da vacinação traz diversos benefícios, pois ao adquirirem conhecimento acerca do tema, se tornam multiplicadores de informação, levando o conhecimento sobre imunização para suas famílias e comunidade. Isso contribui diretamente para melhorar a cobertura vacinal local, reduzindo a propagação de doenças evitáveis e promovendo uma cultura de prevenção em saúde pública. Além disso, a ação fortalece o vínculo entre a escola e a comunidade ao fomentar um ambiente de aprendizado e cuidado com a saúde coletiva. Tal conscientização pode também reduzir a hesitação vacinal, criando uma comunidade mais bem informada e protegida contra surtos de doenças infecciosas.

REFERÊNCIAS

- [1] Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: https://www.gov.br.translate.google/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni?_x_tr_sl=pt&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=en&_x_tr_pto=sc.
- [3] Gugel S, Girardi LM, de Melo Vaneski L, de Souza RP, Pinotti RD, Lachowicz G, Veiga JF. Percepções acerca da importância da vacinação e da recusa vacinal: uma revisão bibliográfica. *Braz J Development*. 2021;7(3):22710-22.
- [4] Viegas SM, Sampaio FD, Oliveira PP, Lanza FM, Oliveira VC, Santos WJ. A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24:351-60.

A IMPORTÂNCIA DO SONO REGULAR NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO: AS POSSIBILIDADES DO GRUPO HIPERDIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Veronica Silva Fernandez¹

Rodrigo França Mota

Elaine Cristina de Paula

Ana Luiza Borges de Amorim

Eduarda Lisboa Veras

Glauco Martins de Araújo

Gustavo Joji Yoshida

Joyce Nunes

Mariana Correia Vigo

Sofia Robert Guimarães

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um importante problema de saúde pública no Brasil. Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico¹, cerca de 27,9% da população brasileira é diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica (HAS), que além de ser considerada uma DCNT, é também fator de risco para eventos cardiovasculares. A melhoria da qualidade do sono, em conjunto com outras ações de promoção da saúde, como prática regular de atividade física, alimentação saudável e a redução do consumo de álcool e tabaco, se caracteriza como estratégia para melhoria da qualidade de vida e controle da doença.²

Pensando em abordar a importância do sono regular para pacientes com HAS, cadastrados no Programa HIPERDIA, um grupo de estudantes de medicina promoveu atividade em uma unidade de saúde, da rede de atenção básica do município de Niterói, integrando comunidade, equipe de saúde e estudantes.

Aumentar as possibilidades de estratégias que ajudem a controlar a pressão arterial nesses pacientes, a partir de ações de promoção da saúde, baseadas no conhecimento da situação de saúde da população, é um passo importante para reduzir a ocorrência e a gravidade de DCNT, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

OBJETIVO

Relatar experiência de atividade desenvolvida por trabalhadores de saúde em formação no âmbito da atenção primária em saúde;

Destacar a importância de espaços para formação em saúde no território;

1

Universidade Federal Fluminense. E-mail: veronicafernandez@id.uff.br

Ressaltar a potência da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem no SUS durante a formação em saúde.

METODOLOGIA

Essa atividade foi realizada no âmbito da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado II, oferecida pelo Instituto de Saúde Coletiva, ao curso de graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense, cuja proposta é apresentar aos estudantes os diferentes espaços de saúde, suas realidades e complexidades, bem como as diferentes populações que os utilizam, cultura e condições socioeconômicas, para que sejam formados profissionais capazes de realizar uma prática de saúde que respeite as individualidades e particularidades. No terceiro período da graduação, os espaços apresentados são os Módulos de Médico de Família (MMF), que compõem a atenção básica do SUS. Seu funcionamento, o trabalho das equipes multiprofissionais e a compreensão da população e do território, percebendo e refletindo sobre as abrangências e as dificuldades que as permeiam.

A partir do acompanhamento dos estudantes a um grupo de HIPERDIA, cujo tema foi alimentação saudável, conduzida pela enfermeira de uma das equipes, a temática sobre a qualidade do sono se mostrou importante para a realização da próxima atividade com aqueles pacientes.

As atribuições para os estudantes para iniciar a construção da atividade foram: Pesquisar artigos científicos, vídeos curtos e informações de relevância científica sobre o tema; Planejar a atividade a ser realizada no âmbito do Grupo Hiperdia (dinâmica de grupo, apresentação de slides com discussão, debate, etc.); Formular um roteiro que oriente a atividade, definindo dia, horário, tempo de duração, materiais e estrutura necessários; Preparar material com receitas saudáveis, práticas, rápidas e acessíveis para distribuir no grupo, fruto da atividade anterior; Sugestão de expressões para busca de artigos: sono e saúde mental; importância do sono para a saúde em geral; relações de uma noite mal dormida com DCNT e higiene do sono e qualidade de vida.

No dia da atividade, os estudantes conduziram a dinâmica e a discussão. As cadeiras foram organizadas em roda para aguardar a chegada dos pacientes. Os (as) agentes de saúde foram convidados para participarem da discussão e a enfermeira responsável para acompanhar e supervisionar a atividade. Iniciou-se a atividade justificando o porquê daquele tema e foi solicitado que cada participante desse uma declaração de como era o seu sono, se tinham problemas para dormir, se dormiam mal durante a noite, se se sentiam cansados no outro dia, mesmo tendo dormido e assim escutados um por um a discussão se iniciou. A sala era pequena, mas comportou 10 pacientes, 6 estudantes, a professora, 1 enfermeira, 2 agentes de saúde e 1 trabalhadora da administração. Muitos tinham problemas para dormir, mas não relacionavam com outros problemas de saúde.

Uma das pacientes iniciou a conversa desabafando sobre o luto que vem enfrentando após a perda do marido para o câncer e que, com isso, ela não conseguia dormir, dependendo de medicação. Outra paciente, disse que, por cuidar de sua mãe, uma senhora muito idosa e acamada, se sente muito sobrecarregada fisicamente e mentalmente, o que a impede de descansar plenamente a noite. Outro

senhor, comentou como a mudança de turno no trabalho, desregulou sua rotina de sono, o que tem dificultado seu bem-estar ao longo do dia.

Na conversa, foram ressaltadas informações para dormir melhor, o que a falta de sono poderia ocasionar, como a obesidade e diabetes, e que um sono irregular pode gerar ansiedade. Foi uma troca de saberes e experiências.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Durante essa atividade, cada paciente abriu seu coração para compartilhar em grupo suas aflições e dificuldades, tendo o choro, palavras de conforto e troca de informações guiando o rumo das discussões que foram levantadas pelos estudantes. Que em conjunto, buscaram encontrar caminhos que pudessem amenizar e melhorar a qualidade de sono em meio ao caos e problemas do cotidiano, enfatizando a importância do cuidado com o cuidador. Muitos pacientes presentes no dia eram pessoas que tinham a responsabilidade de cuidar de alguém, principalmente pessoas adoecidas. Após a troca de experiências, esclarecimentos de dúvidas, foi realizado um lanche com preparações saudáveis e conversas mais informais. Alguns usuários, as vezes, só querem conversar, querem atenção, pois se sentem sozinhos. A escuta também é uma forma de cuidado.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 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, DF: Ministério da Saúde; 2023.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial: saúde alerta para prevenção e tratamento. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/hipertensao-arterial-saude-alerta-para-a-importancia-da-prevencao-e-tratamento#:~:text=Mais%20conhecida%20como%20press%C3%A3o%20alta,Inqu%C3%A9rito%20Telef%C3%B4nico%20\(Vigitel\)%202023](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/hipertensao-arterial-saude-alerta-para-a-importancia-da-prevencao-e-tratamento#:~:text=Mais%20conhecida%20como%20press%C3%A3o%20alta,Inqu%C3%A9rito%20Telef%C3%B4nico%20(Vigitel)%202023).

A INSERÇÃO CONTÍNUA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA

Kevelyn Cristina Ramos Correia¹

Garcia Alejandro Vergara Figueroa

Tatiana paola da rocha becerra navarro

Guilherme da Crus Cardoso de Assis Santos

Isadora da Silva Lima

Pedro Henrique da Silva Cardoso

Ana Beatriz dos Santos da Costa

Isabella Tannure sanches

Augusto dos Santos Stofeles

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa papel estruturante na organização dos sistemas de saúde orientados para a equidade, integralidade e universalidade do cuidado. No Brasil, sua consolidação como eixo ordenador do SUS é essencial para enfrentar as desigualdades sociais e responder às demandas mais frequentes e complexas em seus territórios (1). A formação médica, no entanto, historicamente segmentada e centrada em especialidades, muitas vezes desvaloriza a dimensão generalista e comunitária do cuidado. Mudanças curriculares vêm sendo implementadas para fortalecer a inserção dos estudantes na APS, mas autores alertam para o risco de que essas alterações permaneçam no plano metodológico, sem viabilizar efetivamente uma vivência crítica e contínua nesse nível de atenção (2,3). Nesse contexto, experiências autônomas e autogeridas por discentes, como a participação em Ligas Acadêmicas, podem preencher lacunas e criar espaços férteis para o desenvolvimento de competências essenciais à formação de médicos comprometidos com o SUS (4).

OBJETIVO

Descrever os efeitos da inserção contínua de estudantes de Medicina em serviços da APS por meio de atividades desenvolvidas por uma Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade, destacando seu impacto formativo e assistencial.

METODOLOGIA

A experiência relatada ocorre em uma Clínica da Família localizada em território urbano periférico do município do Rio de Janeiro, no âmbito das atividades da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFAC). Os estudantes participam de forma contínua e semanal da

1 Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: correia.kevelyn@graduacao.uerj.br

rotina do serviço, acompanhando preceptores e profissionais em consultas, visitas domiciliares, ações coletivas e reuniões de equipe. Esse acompanhamento não se limita à observação, mas busca engajar o discente como sujeito ativo no processo de cuidado, sempre sob supervisão qualificada. O contato com crianças, adultos, idosos e populações vulnerabilizadas permite a construção de uma abordagem integral e longitudinal, respeitando os determinantes sociais do processo saúde-doença (1,2). Os estudantes também participam de atividades de rastreamento, manejo de doenças crônicas prevalentes (como hipertensão, diabetes e tuberculose), ações de vigilância epidemiológica e educação em saúde. A vivência proporciona o entendimento prático da organização dos fluxos do SUS, das estratégias de regulação e da importância do cuidado centrado na pessoa. Concomitantemente, evidencia-se a fragmentação do ensino médico tradicional, pautado em práticas hospitalares e pontuais, que dificultam a consolidação de um olhar ampliado sobre o cuidado e invisibilizam a centralidade da APS (3,4).

RESULTADOS

A inserção longitudinal dos estudantes no cotidiano da APS permitiu o fortalecimento de competências clínicas e relacionais, promovendo uma formação alinhada com os princípios do SUS. Observou-se um amadurecimento progressivo da postura dos estudantes frente ao cuidado, com ampliação da escuta ativa, da responsabilização e da compreensão da clínica ampliada (3). A experiência consolidou a articulação entre teoria e prática, ao possibilitar a aplicação dos conteúdos aprendidos na graduação em um contexto real e dinâmico. A exposição contínua ao território e à equipe multiprofissional favoreceu o desenvolvimento da empatia, da cogestão e do trabalho colaborativo. Além disso, a vivência reiterou a importância da APS como *locus* privilegiado para o ensino, pesquisa e extensão, fomentando o compromisso ético e político com o direito à saúde. Por outro lado, o contraste com as práticas curriculares fragmentadas revelou a urgência de transformações mais profundas na lógica formativa, que valorizem a transversalidade do cuidado e não restrinjam a atuação do médico a especialidades técnicas e compartimentadas (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atuação da Liga Acadêmica na APS evidencia que iniciativas estudantis podem potencializar o processo formativo na graduação médica, ao criar espaços de experimentação pedagógica centrados na integralidade do cuidado. A continuidade do vínculo com o território e os usuários permite compreender a complexidade da clínica na APS, reconhecendo as múltiplas dimensões que atravessam o processo de adoecimento e cuidado. Essa experiência reforça a necessidade de políticas institucionais que incentivem a inserção longitudinal dos estudantes em cenários reais de prática, bem como a qualificação dos docentes e preceptores para o ensino na APS. Ao mesmo tempo, destaca-se o papel estratégico das Ligas como instâncias de mobilização discente que, ao atuarem de forma crítica e propositiva, colaboram para a construção de um modelo de formação mais coerente com os princípios da Medicina Social Latino-Americana (4,5).

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Mundial da Saúde. Declaração de Astana. Genebra: OMS; 2018.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2017.
- (3) Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O desafio da integração ensino-serviço na formação do profissional de saúde. *Interface*. 2012;16(40):259-69.
- (4) Furtado JP, Sousa MF. Formação médica e atenção primária à saúde: desafios para a integração ensino-serviço. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1):e008.
- (5) Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ; 2006. p. 113-26.

A INTERPROFISSIONALIDADE NA INICIAÇÃO CIENTÍFICA: REFLETINDO O CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Caio de Souza Coelho¹

Ana Carolina Bezerra Silva Costa

Rosemere de Barros de Oliveira

Bruno Santiago da Silva Salomão

Alex Simões de Mello

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de lutas dos movimentos sociais que buscavam acesso e continuidade do cuidado à saúde, teve avanços e retrocessos, ao longo do tempo. Mas, uma característica que persiste na formação de profissionais no SUS é a relação hierárquica de poder exercida sobre o saber científico, em relação ao popular, reflexo de uma prática pedagógica colonizadora.[1]

Essa tradição concentra o saber hegemônico nas mãos dos profissionais da saúde, deslegitimando e desconsiderando os saberes e experiências dos usuários, ou seja, daqueles que deveriam ser protagonistas do processo de cuidado. O cuidado assimétrico cria uma relação superlativa, dividida entre inferioridade e superioridade, poder e integralidade.[2]

Nessa perspectiva, os Cursos de Graduação em Enfermagem e Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) buscam romper tal paradigma ao promover o cuidado numa perspectiva ecológica, baseado em princípios como a integralidade, a participação e a cidadania, transversalizando o cuidado, através das suas práticas.[3]

Dessa forma, refletir sobre os múltiplos modos de cuidar, significa reconhecer e valorizar a participação social, costumes e rituais, fortalecendo as relações no contexto familiar e comunitário, possibilitando a integração dos saberes e práticas nas diversas expressões do cuidado, e aproximando-se de uma ecologia dos saberes.[4]

OBJETIVO

O objetivo deste relato de experiência é refletir sobre a formação em saúde, atravessada pelo modelo biomédico, a partir da perspectiva interprofissional, em um projeto de iniciação científica, destacando as práticas de cuidado integral e a importância da descolonização do cuidado em saúde, fundamentais para superar a hegemonização do cuidado, bem como analisar os impactos dessa experiência na formação dos estudantes, possibilitando novos olhares e a melhora na qualidade do cuidado prestado.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: caiocoelhoj@hotmail.com

METODOLOGIA

Este trabalho, caracterizado como um relato de experiência, adota uma abordagem qualitativa, baseada na observação e reflexão crítica de estudantes de graduação em Enfermagem e Serviço Social, sobre a prática de cuidado em saúde ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS) carioca.

A vivência se deu no âmbito do projeto de iniciação científica em que tais estudantes participam, proporcionando a produção de saberes a partir do olhar multidisciplinar e interprofissional, integrando diferentes abordagens sobre o cuidado.

A articulação entre pesquisa, ensino e extensão direcionada a analisar a integralidade nas práticas do cuidado, exigiu desse processo de educação interprofissional a necessidade de discutir a descolonização das práticas em saúde, reconhecendo formas diversas de atenção, que valorizam aspectos sociais, culturais e subjetivos. Essa experiência permitiu avaliar o impacto dessas interações na formação dos estudantes, ampliando a compreensão sobre os desafios e potencialidades de um cuidado humanizado e inclusivo.

RESULTADOS

Durante as trocas de experiências nos espaços pesquisa e extensão, sobre as práticas vivenciadas nos campos de estágio da APS, tem sido perceptível a prevalência de um modelo de cuidado ainda focado no teor biomédico, com o olhar voltado para os desequilíbrios fisiológicos e tratamentos medicamentosos, sem que haja atenção às nuances que o usuário e a comunidade apresentam. A escuta ativa, a humanização e a participação do usuário no processo de cuidar são frequentemente negligenciadas, enfraquecendo as diretrizes da APS, especialmente a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Há uma resistência, por parte dos usuários, que de certa forma se manifestam como ‘acostumados’ com esse modelo tradicional de cuidado, ‘aceitando’ as prescrições, sem questionar ou participar ativamente do processo, na maior parte das vezes. No entanto, a sedimentação do cuidado, sob a falta de comprometimento com a integralidade, dificulta a sua resolutividade. O usuário, sem possibilidades de participar desse processo, é colocado no lugar passivo e receptivo de ordens. O pensamento crítico, por sua vez, se faz necessário, para desmobilizar e gerar reflexões, possibilitando um processo autônomo e democrático, que envolva efetivamente a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, orientadores da APS.

Assim, construir a formação em saúde sob ótica da educação interprofissional, com projetos de extensão e iniciação científica alicerçados no cuidado, sob a ótica da ecologia integral, tem gerado uma crise paradigmática. Através da inserção do diálogo sobre o assunto, ainda no ambiente acadêmico, tem sido possível transformar o padrão, que tende a se reproduzir na vida profissional, possibilitando (re) conduzir o processo de cuidar mais integralmente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Percebeu-se que a partir da fragmentação do cuidado, que gera consequentemente a fragilização da atenção à saúde na APS, reforçada pela perspectiva colonizadora, torna-se um desafio o estabelecimento de uma práxis pedagógica descolonizadora, que busque tornar a integralidade uma realidade nos estabelecimentos de saúde.

A falta do compartilhamento de saberes entre profissionais e usuários, bem como na formação em saúde pelas áreas afins, tem se mostrado preocupante. A educação em saúde, que poderia promover a participação ativa do paciente em seu próprio processo de cuidado, muitas vezes é limitada à prescrição medicamentosa e não enfoca o olhar crítico da realidade.

Esse fenômeno reflete em uma estrutura de cuidado centrada no profissional, onde o saber técnico é visto como superior ao saber popular. Com isso, a relação hierárquica afasta o paciente de sua própria saúde, desvalorizando seu protagonismo, em favor do uso de tecnologias duras, onerando o SUS.

REFERÊNCIAS

- [1] Bezerra P, Cavalcanti P, Moura L. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre diferentes campos. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2023;9. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2023.v33/e33025/pt>.
- [2] Sales OP, Vieira AFB, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RKA. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Rev. Hum. Inov.* 2019;6(17).
- [3] Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. v.6.

A PARTICIPAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ITINERÁRIOS DE CUIDADO PARA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ PREVISTA EM LEI: DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

Nathália de Bem Verdan Lopes¹

Gabrielle Colli Abel

Dirceu Fogaça Neto

Pedro Magacho Melo

Melanie Noël Maia

Andreza Pereira Rodrigues

Claudia Bonan Jannotti

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países com legislação relacionada ao aborto mais restritiva no mundo, sendo permitido somente em casos de estupro, risco à vida da mulher ou anencefalia. Mesmo nestas situações, o acesso à interrupção da gravidez prevista em lei é dificultado no Sistema Único de Saúde (SUS), com oferta limitada de serviços que realizam o procedimento e distribuição heterogênea no território nacional(1).

Apesar de ser um procedimento de baixa complexidade, a regulamentação nacional vigente restringe a sua realização a hospitais, maternidades e outros serviços com funcionamento ininterrupto. A Atenção Primária à Saúde (APS), embora reconhecida como principal porta de entrada do SUS e ordenadora da rede de atenção à saúde, recebe pouco ou nenhum destaque nos documentos técnicos do Ministério da Saúde acerca do aborto legal, e inexistem linhas de cuidado sobre este tema.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)(2), para promover um acesso equânime e efetivo, a APS deveria ser protagonista do cuidado à interrupção legal da gravidez, contemplando desde a realização do procedimento até a referência para outros níveis de atenção quando necessário. Nesse sentido, o estudo das experiências internacionais pode propiciar uma compreensão abrangente dos modelos, benefícios e desafios do envolvimento deste nível de atenção nos itinerários de cuidado para o aborto legal.

OBJETIVO

Analisar o papel da APS nos itinerários para a interrupção da gravidez prevista em lei em diferentes sistemas de saúde, buscando compreender os efeitos da participação deste nível de atenção sobre a ampliação do acesso ao procedimento, a qualidade da atenção e os indicadores de saúde. Pretende-se desenvolver uma tipologia das diferentes modalidades de participação da APS observadas, e discutir caminhos para a elaboração de linhas de cuidado ancoradas no primeiro nível de atenção no país.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: nathalia.verdan1@gmail.com

METODOLOGIA

O desenvolvimento do protocolo da revisão de escopo baseou-se no checklist PRISMA-ScR(3), uma extensão da declaração PRISMA endereçada especificamente para este tipo de revisão, e em literatura acerca da elaboração do protocolo de pesquisa(4). Dentre os 20 itens que devem obrigatoriamente estar presentes na redação final do estudo, sete devem ser estruturados no protocolo, a saber: título, resumo, declaração dos objetivos e pergunta de pesquisa, definição da estratégia de busca, processo de seleção das fontes de evidências, métodos para síntese dos resultados e resultados esperados.

A partir da questão norteadora “*De que maneiras a APS participa dos itinerários de cuidado para a interrupção da gravidez prevista em lei nos diferentes sistemas de saúde?*”, foram selecionados termos do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para a elaboração da estratégia de busca, a ser realizada nas bases PubMed, Scopus, Portal BVS e Scielo. Foram realizados testes preliminares que permitiram qualificar a estratégia final.

O protocolo da revisão de escopo será registrado no repositório de domínio público Open Science Framework.

RESULTADOS

A revisão de escopo sobre a atuação da APS nos itinerários de cuidado para a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei é essencial para sistematizar a produção científica existente e contribuir para a análise de experiências internacionais. A elaboração de uma tipologia possibilitará o reconhecimento de contextos em que o papel da APS obstrui, facilita ou é indiferente para o acesso ao aborto legal. Espera-se ainda propiciar a reflexão sobre o modelo de cuidados adotado no Brasil.

Atualmente, no país, apenas 26,7% da população feminina em idade fértil do país reside em municípios com oferta de aborto legal, e estas mulheres apresentam uma taxa de realização do procedimento quase cinco vezes maior do que aquelas residentes em municípios sem oferta. Caso fossem adotadas no país as recomendações da OMS quanto ao provimento de aborto na APS, sua oferta seria possibilitada em 67% dos municípios brasileiros, onde vivem 94,3% das mulheres em idade fértil(1,5).

Com este estudo, espera-se demonstrar a viabilidade e os benefícios do maior envolvimento da APS na linha de cuidados para a interrupção da gravidez prevista em lei. Ainda que o provimento de aborto na APS não esteja previsto nas atuais regulamentações sobre o procedimento no país, pretende-se contribuir para a reflexão acerca da necessidade de maior participação deste nível de atenção na garantia deste direito reprodutivo, tendo em vista a ampliação do acesso e a redução das desigualdades territoriais, históricas e institucionais que permeiam a atenção ao aborto legal. A participação da APS representa, portanto, não apenas um avanço técnico e organizacional, mas um posicionamento ético e político em defesa da vida, da autonomia e da justiça social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Revisões de escopo são úteis para identificar e mapear as evidências disponíveis e conceitos que sustentam uma área de pesquisa, sendo especialmente relevantes para tópicos ainda pouco explorados na literatura científica, como a participação da APS nos itinerários de cuidado para o aborto previsto em lei. Cada vez mais, estas revisões são reconhecidas como ferramentas importantes para o cuidado em saúde e a formulação de políticas públicas informadas por evidências.

A elaboração do protocolo da revisão de escopo garante transparência ao processo e minimiza vieses na realização da pesquisa, contribuindo para o aumento de sua confiabilidade, o que é de especial relevância no atual contexto de negacionismo científico.

REFERÊNCIAS

- (1) Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00085321.
- (2) World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>
- (3) Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169:467–73.
- (4) Mattos SM, Cestari VRF, Moreira TMM. Scoping protocol review: PRISMA-ScR guide refinement. *Rev Enferm UFPI*. 2023;12. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3062>
- (5) Jacobs MG, Boing AC. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?. *Ciênc saúde colet*. 2022;27:3689–700.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO FAMILIAR NA ÁREA DO ENVELHECIMENTO

Maria Helena de Jesus Bernardo¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O trabalho apresenta os resultados parciais de pesquisa de doutorado e analisa a experiência de cuidadoras familiares na área do envelhecimento. O estudo apoia-se em uma perspectiva crítica do processo de envelhecimento populacional no contexto das desigualdades sociais brasileiras e da centralidade das famílias na legislação. Problematisa as condições da classe trabalhadora que envelhece em situação de dependência e as demandas de cuidados domiciliares.¹

Ainda que se reconheça a importância da seguridade social brasileira e o horizonte de ampliação dos direitos prevista na Constituição Federal (CF\88) e leis subsequentes, as contrarreformas na saúde, previdenciárias, trabalhistas que emergem ao longo dos anos de 1990 e 2000, constituem limites às conquistas constitucionais, impondo maiores restrições à população idosa e acirrando as desigualdades estruturais de classe, gênero e raça, sobretudo para as pessoas idosas com dependências e suas famílias cuidadoras.

Examinamos o cuidado na lógica do trabalho reprodutivo, logo, traçado por transformações do mundo do trabalho que impactam o desenvolvimento dessa atividade. Nesses termos, o cuidado é concebido não somente na sua dimensão individual, mas a partir das determinações macrosociais para sua produção, tanto no universo das famílias, quanto nas políticas sociais.²

OBJETIVO

Analisar a experiência de famílias\mulheres cuidadoras, acompanhadas em dada unidade de saúde de atenção integral à pessoa idosa, na produção de cuidados domiciliares e as principais dificuldades de organização dessa atividade na dinâmica familiar.

METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza qualitativa, orientada pelo método crítico dialético e foi desenvolvida entre os anos de 2018 e 2019. Os procedimentos metodológicos consistiram em revisão teórico-bibliográfica, estudo documental e entrevistas semiestruturadas. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro\RJ (CEP\UERJ) e aprovada em 22 de janeiro de 2018 mediante parecer 2.472.349. Entrevistamos cuidadoras vinculadas a uma unidade de saúde localizada em bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro/RJ. Os critérios de inclusão foram cuidadoras familiares que utilizam a rede SUS, SUAS e demais recursos públicos ofertados no município. Os critérios de exclusão foram cuidadoras familiares que não acessavam recursos públicos. A pesquisa seguiu a técnica de saturação para uma amostra não probabilística, como é próprio à pesquisa

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: helenabernardo@uol.com.br

qualitativa.³ As narrativas/experiências tratadas neste material foram analisadas como elementos particulares de histórias de vida e situadas no contexto das determinações societárias mais amplas, haja vista denotarem expressões da realidade social vivida pelas cuidadoras.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa dez cuidadoras. Eram todas mulheres com vínculos de parentesco e idades acima de 40 anos (cinco delas tinham mais de 60 anos). A grande maioria coabitava com a pessoa idosa e participava, de forma solitária e integral, de uma sequência de cuidados na família, ora cuidando dos filhos, cônjuges ou genitores. As cuidadoras apresentavam a saúde fragilizada, secundarizando o autocuidado, por ausência de tempo ou estresse do tipo de trabalho resultante dos cuidados. O cuidado tende a ser naturalizado por parte das mulheres mais velhas—principalmente esposas—que aparentavam maior resignação. Por outro lado, as mulheres mais jovens questionavam essa aptidão e os impasses para conciliação entre trabalho e vida familiar.

A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto (4), 2º grau completo e incompleto (4) e nível superior completo e incompleto (2). Nove entre as dez cuidadoras se autodeclararam pretas ou pardas. As mais jovens estavam desprotegidas pela previdência social sem vínculo formal de trabalho e as mais velhas eram dependentes economicamente do marido ou aposentadas por idade ou invalidez. As tarefas de cuidados eram múltiplas e se complexificavam com o aumento da dependência do (a) idoso (a) e com as limitações da idade avançada da maioria das cuidadoras. O tempo destinado aos cuidados era ininterrupto e desgastante.

A maioria das famílias tentavam acessar os recursos oferecidos pelo setor público e filantrópico. Sem embargo, avaliavam a insuficiência deles em vista do volume de necessidades oriundas do processo de adoecimento, bem como a morosidade e burocratização desses trâmites. As iniquidades no acesso impedem o pleno alcance a tais serviços e reitera a estratificação dos grupos populacionais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Confirmamos que as dificuldades dos cuidados se exacerbam diante da conformação de nossas políticas públicas, pois a sua maior ou menor abrangência impacta diretamente os cuidados realizados pelas famílias e a assistência prestada às pessoas idosas. As lacunas assistenciais relatadas pelas cuidadoras e expressas no desânimo, ceticismo, desconhecimento e solidão alertam para o impacto quanto ao atendimento às suas necessidades, evidenciando um regime de “proteção social” residual, familista, feminilista e racializado.⁴

O acesso às políticas públicas e os cuidados realizados pelas mulheres revelam a interseção e a reprodução das desigualdades estruturais de classe, gênero e raça. Não por acaso, a realidade das cuidadoras negras de nossa amostra sugere condições de iniquidades expressas na escolaridade, no desemprego, na renda e na desproteção social. Frisamos a urgência pela imediata implementação da Política de Cuidados no Brasil.

REFERÊNCIAS

- [1] Bernardo MHJ. A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento. Em Pauta. 2018; 42(16):65-80.
- [2] Bathyany K. Desafios para a organização da política de cuidados no Uruguai. In: Araujo C, Gama A, organizadores. Entre a casa e o trabalho: gênero e família no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: NUDERJ-UERJ, 2017. p. 20-38.
- [3] Minayo MC. O desafio do conhecimento. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- [4] Lole A, Almeida CCL. Políticas para mulheres e lutas feministas: os paradoxos da proteção social. Argumentum. 2017; 1(9):46-60.

A QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS PARA PROVER CUIDADOS EM SAÚDE PARA PESSOAS TRANS NO SUS: RESULTADOS DE UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS

Livia Maria de Souza Gonçalves¹

Luciano Soares

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Pessoas trans enfrentam barreiras de acesso à saúde no Brasil, como o estigma e falta de conhecimento dos profissionais, e a indisponibilidade de procedimentos e de medicamentos no sistema público de saúde, que inibem usuários de buscar os serviços devido às experiências negativas já vivenciadas no processo de cuidado à saúde(1). O Sistema Único de Saúde (SUS) possui políticas públicas voltadas à saúde de pessoas trans, como o Processo Transexualizador do SUS, que visa prover serviços voltados a necessidade específicas da população trans, como a hormonização e procedimentos cirúrgicos; e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), que prevê a inclusão dos temas orientação sexual e identidade de gênero nos processos de formação e de educação permanente dos trabalhadores de saúde, entre outras medidas(2). Considerando a atuação dos farmacêuticos em diversas áreas relacionadas ao cuidado na Atenção Primária (APS), Secundária e Terciária de saúde do SUS, como a dispensação de medicamentos, a prescrição farmacêutica de profilaxias pré e pós-exposição ao HIV, a gestão da Assistência Farmacêutica, a caracterização da qualificação destes para prover cuidado à saúde para pessoas trans tem relevância para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à qualificação dos profissionais e serviços do SUS.

OBJETIVO

O presente estudo visa analisar a qualificação dos serviços e dos profissionais farmacêuticos na provisão de cuidado para pessoas trans no SUS em uma capital do sul do Brasil.

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, à luz da vertente Straussiana da Teoria Fundamentada de Dados(3), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CAAE: 59891822.0.0000.0121). Eram elegíveis farmacêuticos trabalhadores do SUS em dado município, sendo que excluídos aqueles em modalidade residente. O convite para participar da pesquisa foi realizado por meio telefônico para os locais de trabalho. O roteiro semi-estruturado foi elaborado pelos autores e validado por experts. Uma entrevista piloto foi conduzida, e após os ajustes necessários no roteiro, foram realizadas entrevistas de profundidade com os demais farmacêuticos interessados, de

1

E-mail: liviamsouzagoncalves@gmail.com

setembro a dezembro de 2022. A entrevistadora fez anotações de campo e o áudio das entrevistas foi gravado e transcrito. A completude da amostra se deu quando a saturação teórica foi alcançada³. A análise dos dados se deu no Software N-VIVO, por meio da codificação aberta, axial e seletiva. Em seguida, hipóteses relacionais entre as categorias foram criadas e testadas para explicar as relações entre as condições causais, contextuais e intervenientes ao fenômeno e com as estratégias/ações e consequências⁽³⁾.

RESULTADOS

Foram entrevistados 10 farmacêuticos (9 mulheres e 1 homem cis), 5 atuavam em farmácias alocadas em unidades de APS, os demais em farmácias vinculadas a unidades de atenção secundária. As condições causais identificadas foram: falta de experiência acadêmica e de treinamento no trabalho sobre cuidados em saúde para pessoas trans. Foram caracterizadas como condições contextuais: as normas do CISTema colonial moderno de gênero¹; a estruturação dos serviços pela regulação; a incipiência da implementação do PNSILGBT; e as mudanças no escopo de prática do farmacêutico. As condições intervenientes foram: ambientes e valores sociais, culturais e políticos; experiências ocasionais relacionadas a pessoas trans em atividades acadêmicas e no trabalho; e relacionar-se com narrativas de pessoas trans. Os fenômenos centrais foram: falta de conhecimento sobre conceitos e cuidados de saúde de pessoas trans; dificuldade de comunicação; desnaturalização das identidades trans; limitado trabalho multiprofissional; foco na entrega do produto e cuidado farmacêutico limitado; e maior contato com pessoas trans em serviços trans-especializados. Foram identificadas como estratégias/ações: relacionadas ao nome social e pronome do usuário; interações com pares; prestar serviços rápidos e superficiais a todos usuários; evitar atendimento aprofundados com usuários trans; serviços farmacêuticos orientados de forma cisnormativa; e encaminhar usuários trans para outros serviços. As consequências foram: sentimentos negativos ao cometer erros; de (des)preparo; de distanciamento/falta de vínculo com usuários; percepção da necessidade de treinamento e de inserção da temática nos currículos de farmácia; serviços farmacêuticos superficiais e centralizados em serviços especializados para pessoas trans.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A falta de treinamento e experiências acadêmicas, somada ao contexto de cis heteronormatividade, capitalismo e ascensão do neoliberalismo colaborou para o estigma, falta de conhecimento, e dificuldade para estabelecer estratégias de cuidado, promovendo sentimentos negativos aos profissionais, precarização do serviço e centralização do cuidado de pessoas trans em serviços especializados. Os fatores intervenientes tiveram importante impacto no fenômeno, os positivos facilitaram o desenvolvimento de estratégias respeitosas e eficientes para fornecer cuidados de saúde às pessoas trans, enquanto o oposto aconteceu com os negativos. Os resultados apontam a necessidade de mudanças nas atribuições dos farmacêuticos, na estrutura e nos recursos humanos dos serviços; incluir o farmacêutico no trabalho multiprofissional; implementar a PNSILGBT; aprimorar a formação acadêmica e treinamento; conectar estudantes e farmacêuticos à narrativas trans; e combater estigmas/tabus relacionados.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva LSR et al. Obstacles in the access to public health services by transvestites and transgender persons: an integrative review. *Rev Rene*. 2023; 24:e81811.
- (2) Ferreira BO, Nascimento M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciênc saúde coletiva*; 2022;27(10):3825–34.
- (3) Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 4. ed. SAGE; 2014.
- (4) Lugones M. Toward a Decolonial Feminism. *Hypatia*. 2010;25(4):742–759.
- (5) Vergueiro V. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: Messeder S et al, organizador. *Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero*. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 249-270.

A SOLIDÃO DA MULHER NEGRA: O CUIDADO DE CRIANÇAS COMO ATRIBUIÇÃO FEMININA NA SOCIEDADE PATRIARCAL E RACISTA

Natália Pimenta Pinna¹

Luna Ribeiro da Silveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho expande uma pesquisa de 2024, aprofundando os resultados previamente expostos em um pôster digital. A investigação parte da lógica do cuidado, especialmente do trabalho reprodutivo, essencial para a sobrevivência de idosos, doentes, crianças e outros grupos. No capitalismo, garantir essa mão de obra barata é crucial para a reprodução da classe trabalhadora.

Federici aponta que o trabalho reprodutivo, realizado de forma não remunerada no lar, é naturalizado como feminino [1]. Assim, “[...] nossa subordinação aos homens no capitalismo foi causada por nossa não remuneração”, pois o salário confere poder masculino. Essa divisão sexual do trabalho expropria o controle dos corpos femininos e invisibiliza o trabalho doméstico.

Porém, essa divisão também é racial. A população negra foi fundamental para o contrato de dominação racial e de gênero, base da modernidade europeia. Escravizados foram desumanizados e expropriados, e as mulheres negras sofreram dupla exploração: pelo trabalho forçado e pela reprodução compulsória a serviço do capital [2]. Suas maternidades foram negadas em prol da família burguesa branca. Nesse sentido, a experiência do ser mulher negra no Brasil reflete essas violências até hoje, evidentes nos indicadores sociais de desigualdade de gênero, raça e classe.

OBJETIVO

Abordar o papel socialmente atribuído ao gênero feminino no que tange ao cuidado infantil exercido pela mulher negra, dando destaque à desconsideração de suas próprias existências e vivências em função de terceiros.

METODOLOGIA

O trabalho é um estudo bibliográfico baseado em obras como Henriques, hooks e Passos [2-4]. Por meio deste, foram abordados os nexos entre o cuidado de crianças e a mulher negra, numa perspectiva antipatriarcal, antirracista, decolonial e anticapitalista. Portanto, com base nisso, analisamos alguns dos principais indicadores sociais do Brasil e trouxemos as nossas principais reflexões.

RESULTADOS

Pinna [5] discute a imagem da mulher negra como “mãe” enquanto mecanismo de controle racial, de gênero e sexualidade. Essa construção a confina ao papel de servente maternal,

justificando sua subordinação e exploração econômica. No período escravocrata, eram as mulheres negras que desempenhavam a função materna para crianças brancas, mas tinham sua própria maternidade negada. Por isso,

[...] por mais que o “mito do amor materno” tenha sido assimilado e introjetado pelas mulheres negras, não é possível vivenciá-lo, já que o projeto estabelecido para as não brancas é a destruição e a negação da maternidade, do ser mulher e da humanidade, o que faz parte das estratégias de produção e reprodução do sofrimento e da violência pertencentes às manifestações do patriarcado e do racismo componentes estruturais e estruturantes do capitalismo [4].

Essa lógica se reflete historicamente. Segundo Henriques, na década de 1870, 71% das mulheres livres ou escravizadas no Rio de Janeiro trabalhavam no serviço doméstico [2]. Após a abolição da escravidão em 1888, esse número subiu para 76%, mostrando que a “libertação” não extinguiu esse papel socialmente imposto.

Na modernidade, enquanto mulheres brancas conquistavam o direito ao trabalho formal, eram as mulheres negras que permaneciam em suas casas, cuidando de suas famílias, enquanto as suas próprias eram marginalizadas. Gonzalez reflete que a doméstica nada mais era do que a mucama permitida, a criada aceitável, responsável por serviços essenciais, mas desvalorizados [6].

Essa divisão racial do trabalho persiste. Apesar de avanços na remuneração e na qualidade do emprego doméstico, as marcas da servidão permanecem: altos índices de informalidade, desproteção legal e baixos salários. A Pnad Contínua revela que homens dedicam 11,7h semanais aos cuidados domésticos, enquanto mulheres brancas gastam 20,4h e mulheres negras 22h – praticamente o dobro dos homens [7]. Além disso, enfrentam longos deslocamentos, acumulando triplas jornadas, o que impacta suas vidas e limita suas possibilidades de realização pessoal.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Parafraseando Lélia Gonzalez: “e a trabalhadora negra, cumé que fica?” [6]. São elas as mais afetadas pela sobrecarga do cuidado e do trabalho doméstico, sofrendo com a exaustão causada pelo racismo, pela pobreza e pelas condições precárias dos territórios em que vivem. Muitas vezes chefes de família, enfrentam jornadas invisíveis e desvalorizadas, comprometendo sua saúde mental e sua individualidade.

No Brasil, 11 milhões de mulheres deixam de trabalhar para cuidar de alguém – a maioria, negras. Para enfrentar essa crise, foi sancionada, em 2024, a Política Nacional de Cuidados, com o Plano Nacional de Cuidados (Lei 15.069/2024), que prevê ações como mais creches, escolas em tempo integral e proteção social para cuidadoras. A política reconhece o cuidado como direito humano e contribui para a construção de um sistema de saúde universal, ético e decolonial.

REFERÊNCIAS

- (1) Federici S. Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Rio de Janeiro: Editora Elefante; 2017.
- (2) Henriques C. Racismo colonial: trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Mórula; 2021.
- (3) Hooks, b. E eu não sou uma mulher: Mulheres negras e feminismo. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2021.
- (4) Passos RG. "Na mira do fuzil": a saúde mental das mulheres negras em questão. São Paulo: Hucitec; 2023.
- (5) Pinna NP. Quem cuida de quem cuida: o sofrimento psíquico de mulheres-mães-trabalhadoras negras cuidadoras de crianças com deficiência no RJ [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: UFRJ, ESS; 2024.
- (6) Gonzalez L. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. Diáspora Africana; 2018.
- (7) Nery C, Britto V. Em 2022, mulheres dedicaram 9,6h/semana a mais que homens aos cuidados. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Disponível em: <https://l1nk.dev/NPjdS>

A TÉCNICA SHANTALA COMO MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO PARA O ALÍVIO DA DOR EM CRIANÇAS

Maira Ribeiro Da Silva¹

Silvana Gomes Nunes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A massagem Shantala é uma técnica milenar indiana, introduzida no Ocidente pelo obstetra francês Frédérick Leboyer na década de 1970, reconhecida por seus benefícios no relaxamento muscular, redução da irritabilidade e alívio da dor(1). Ela se baseia em movimentos suaves e rítmicos que promovem o contato terapêutico entre o cuidador e o bebê.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desconfortável, frequentemente difícil de avaliar em crianças que ainda não verbalizam(2). Essas crianças manifestam dor por meio de comportamentos expressivos, que muitas vezes são manejados apenas com intervenções farmacológicas(3).

No Brasil, a Portaria Ministerial GM nº 849 de 27 de março de 2017, traz a técnica Shantala como possibilidade no campo de novas práticas institucionalizadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)(4).

Partindo do pressuposto dessa temática, Silva et al(5) apontaram em seu estudo, que a massagem Shantala é um método terapêutico não farmacológico eficiente no alívio da dor, reforçando a relevância da técnica e o seu potencial como uma terapia não farmacológica segura e eficaz para o alívio do quadro algico.

OBJETIVO

Investigar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a eficácia da massagem Shantala como método não farmacológico para o alívio da dor em crianças de até 1 ano de idade, analisando seus benefícios no manejo da dor e na promoção do bem-estar geral.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, através de um processo de busca, análise e integração dos achados científicos em bases de dados indexadas. Utilizou-se os descritores “Shantala”, “massagem infantil”, “alívio da dor” e “terapias complementares”, combinados com operadores booleanos.

Os critérios de inclusão foram: artigos nacionais, internacionais; artigos publicados em português e/ou inglês; publicados no período de 2010 à 2022. Critérios de exclusão: artigos indisponíveis na íntegra, estudo reflexão, relato de experiência, dissertação e tese.

1 Universidade do Estado da Bahia. E-mail: mairaribeiro1907@gmail.com

Para a extração dos dados, foi elaborado um instrumento de coleta no software Microsoft Word, no formato de tabela para registrar informações relevantes dos artigos.

Os dados extraídos incluíram: título, autores, ano de publicação, revista ou local de publicação, principais resultados, conclusões e nível de evidência. A análise de conteúdo de Bardin foi escolhida para a análise dos dados desta revisão integrativa.

Esse estudo é uma revisão integrativa e não envolve seres humanos, assim não requer submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Ainda assim, os princípios éticos de pesquisa científica serão respeitados.

RESULTADOS

Para análise, foram selecionados 20 artigos de acordo com os descritores, desses, apenas (6) possuíam o conteúdo adequado para responder ao objetivo dessa pesquisa.

A presente revisão integrativa permitiu evidenciar que a Shantala se configura como uma estratégia terapêutica não farmacológica eficaz no manejo da dor em crianças. Os estudos indicam que após sessões de aplicação da técnica, houve redução significativa dos escores de dor, especialmente em neonatos submetidos a procedimentos invasivos, como punção venosa(6).

Também, houve uma redução da tensão muscular, indicativa de relaxamento e alívio da dor, no que se refere a avaliação comportamental da dor em neonatos(7).

Acerca de mais resultados referente a essa temática, Umemura et al.(8) apontaram em seu estudo que ocorreu diminuição da frequência e intensidade das cólicas intestinais, sensação desconfortável e dolorosa comum e muito persistente em neonatos.

No estudo analisado, 87,5% das crianças apresentavam cólicas antes da intervenção, enquanto, após as sessões de massagem, apenas 25% ainda manifestavam esse desconforto, com menor frequência e intensidade(8).

Foi evidenciado que além da Shantala se mostrar benéfica no alívio da dor e eficaz na redução do tempo de choro, indicando diminuição do estresse causado pelos procedimentos dolorosos, normalização dos sinais vitais, SpO2, padrões comportamentais e qualidade do sono, o que acarreta no bem estar geral da criança(5,9,10).

Dessa maneira, a técnica Shantala, além da prevenção, pode ser considerada benéfica não só no alívio da dor, mas também na promoção completa do bem estar de crianças, o que justifica a realização de mais estudos acerca dessa temática em contextos clínicos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente estudo demonstrou que a técnica da massagem Shantala tem sido utilizada e se mostrado eficiente como método não farmacológico para o alívio da dor em crianças, minimizando a necessidade de métodos farmacológicos e práticas invasivas.

A normalização dos sinais vitais e a redução do tempo de choro reforçam seu potencial como uma abordagem complementar no cuidado infantil, auxiliando profissionais na assistência direta.

Percebe-se também, a importância da implementação da técnica através dos benefícios descritos nos resultados dessa pesquisa, que inclui a prevenção e alívio de desconfortos físicos, como as cólicas intestinais, tornando a prática colaborativa na conduta do manejo da dor.

Percebe-se a necessidade de pesquisas para fortalecer a base científica a fim de incentivar a adesão da técnica e divulgação científica contribuindo para uma assistência mais humanizada no contexto da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

- (1) Leboyer F. Shantala: Uma arte tradicional massagem para bebês. 7. ed. São Paulo, Ground; 1995.
- (2) Santana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Revised definition of pain after four decades. BrJP. 2020Jul;3(3):197–8. Doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>
- (3) Silva YP e, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Avaliação da dor em neonatologia. Rev Bras Anesthesiol. 2007Sep;57(5):565–74. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000500012>
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html
- (5) Silva FL, Cantalice ASC, Negreiros RV, Carvalho MAP, Nascimento JADL, Abreu RA. Shantala como terapia não farmacológica para alívio da dor em crianças hospitalizadas. RSD. 2020;9(10):e3259108610. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8610>
- (6) França YLS. Efetividade da massagem Shantala no manejo da dor de lactentes após procedimento doloroso: estudo quase experimental piloto. 2022. Disponível em: https://bdta.abcd.usp.br/directbitstream/8a9e8360-2dd0-4543-b667-dab2e15e9c67/Yara%20Luany%20dos%20Santos%20Fran%C3%A7a_tcc.pdf
- (7) Cordeiro RA, Costa R. Non-pharmacological methods for relief of discomfort and pain in newborns: a collective nursing construction. Texto contexto – enferm. 2014;23(1):185–92. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100022>
- (8) Umemura JF, Leite RO, Palácio SG, Capelassi R. Shantala: intervenção fisioterapêutica utilizada em bebês prematuros de baixo peso. Anais Eletrônicos da V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica. Maringá: CESUMAR; 2010. Disponível em: https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2010/wp-content/uploads/sites/94/2016/07/juliana_fumie_umemura.pdf
- (9) Luna DS, Augusto F, Medina EM. Os efeitos da shantala em bebês a termo: enfoque sobre a qualidade do sono, cólicas e controle emocional. Ciências. 2022;(5). Disponível em: <https://revistas.fadap.br/ciencias/article/view/21>
- (10) Costa TMS, Oliveira ES, Silva BVS, Melo EBB, Carvalho FO, Duarte FHS, et al. Massagem para alívio da dor em recém-nascidos submetidos à punção: revisão sistemática. Revista Gaúcha Enferm. 2022;43. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/127948>

A VACINA CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM DISCURSO DE BRASILEIROS NA REDE SOCIAL X

Glaucia Helena de Paula Santiago¹

Fernanda Nardino

Rita Machado Rangel

Fernando Lopes Tavares de Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O papiloma vírus humano (HPV) é uma das infecções sexualmente transmissíveis com maior incidência no mundo. A infecção por certos tipos do vírus HPV está associada a cânceres como o de colo do útero. Existem, no entanto, duas formas efetivas de prevenção ao câncer de colo de útero: exames de rastreamento e vacinação contra o HPV. Porém a vacinação contra o vírus HPV, no Brasil, não atingiu, até o momento, a meta preconizada.

Atualmente a hesitação vacinal tem sido uma crescente¹. Um importante fator sobre a recusa à vacina contra o HPV é o discurso relacionado aos malefícios da mesma que é constantemente compartilhado nas redes sociais².

Sabe-se que na contemporaneidade as mídias sociais compõem uma fundamental fonte de informações e formação de subjetividade³ de maneira que se torna essencial para a elaboração de políticas públicas de saúde uma maior compreensão do mecanismo e funcionamento dessas redes e da relação das mesmas com a tomada de decisão em relação à vacinação.

O X (antigo Twitter) é uma importante fonte de busca por notícias em saúde, ao mesmo tempo em que é o espaço em que a propagação de *fake news* é bastante elevada³. Portanto, observamos de quais maneiras os discursos sobre a mudança do esquema de vacinação proposto pelo Ministério da Saúde repercutiu nos discursos proferidos na plataforma X.

OBJETIVO

O X é uma importante fonte de busca por notícias em saúde, ao mesmo tempo em que é o espaço em que a propagação de *fake news* é bastante elevada. Observamos de quais maneiras os discursos sobre a vacinação contra o HPV repercutiu nos discursos proferidos na plataforma X, no ano de 2023.

METODOLOGIA

O processo de escolha dos tweets analisados ocorreu em duas etapas, seguindo princípios da amostragem intencional. Utilizamos o mecanismo de busca avançado do próprio X, para localizar

1 E-mail:

todos os tweets que continham as palavras “hpv” e “vacina”, publicados em português no ano de 2023. Foi aplicado um filtro de seleção de tweets que tiveram, no mínimo, dez respostas.

Após a leitura do material, foi selecionado um tweet c favorável e outro contrário à vacinação. Além do tweet principal, o corpus também foi composto pelo processo interativo entre os usuários a esse post relacionado. Foram selecionados tweets realizados por brasileiros que abordavam a temática da vacinação contra o HPV.

A análise foi realizada com referenciais da Análise do Discurso⁴. A partir dos tweets selecionados, construiu-se uma grade analítica contendo a descrição geral da postagem principal e suas respostas, o perfil do responsável pela postagem principal, as estratégias argumentativas utilizadas para legitimação das ideias apresentadas e os sentidos produzidos.

RESULTADOS

O tweet favorável à vacinação contra o HPV selecionado foi postado por um usuário que se apresenta como médico oncologista em sua minibiografia e possui 65.034 seguidores. Iremos chamá-lo de Ricardo para preservar sua identidade.

O tweet teve um milhão e trezentas mil visualizações, 21 mil curtidas, duas mil repostagens e 160 respostas diretas. Foram analisados 578 tweets associados a essa postagem. O conjunto de respostas ao tweet principal teve característica diversa, havendo hegemonia de pessoas favoráveis à vacinação contra o HPV, apesar de haver usuários contrários interagindo.

O tweet contrário à vacinação contra o HPV selecionado foi postado por uma usuária que não possui uma autodescrição em sua minibiografia e tem 71.575 seguidores. Pelo conjunto de postagens feito por ela, compreendeu-se que não se trata de uma profissional de saúde, sendo uma militante do movimento antivacina. Iremos chamá-la de Ruth, visando a preservar sua identidade. O tweet teve 52.900 visualizações, mil curtidas, 450 repostagens e 43 comentários diretos (apenas 40 ainda disponíveis).

Ruth descreve que a postagem é a tradução de uma publicação feita por outro usuário. Foram analisados 84 tweets associados a essa postagem .

O conjunto de respostas ao tweet principal teve característica homogênea, havendo interação apenas entre pessoas contrárias à vacinação contra o HPV. A discussão teve início no dia 11 de outubro de 2023 e o último tweet foi realizado no dia 17 do mesmo mês. Assim como no tweet anterior, a maioria das interações foram realizadas nos três primeiros dias, caracterizando uma discussão intensa, mas curta.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os discursos de brasileiros sobre a vacina contra o HPV são múltiplos, havendo disputa de sentidos entre grupos favoráveis e contrários à vacina. Esses grupos estão fechados em si próprios, em

conversas que ocorrem em câmaras de eco. Além disso, observou-se que o conhecimento da população sobre o câncer do colo do útero, sobre o HPV e sobre a vacinação é limitado, sendo o X utilizado para esclarecer dúvidas. Assim, foi possível perceber que a vacinação mobiliza sentidos de promoção de cuidado.

A utilização de testemunhos aproxima os usuários da rede X do tema, aumenta o engajamento e, em alguns casos, aumenta a legitimidade do discurso. Teorias conspiratórias têm sido disseminadas livremente na plataforma, colocando em dúvida os interesses do Estado, das instituições, dos profissionais e da ciência no processo de ampliação da vacinação contra o HPV.

REFERÊNCIAS

- (1) Tomaszewski T. Identifying false human papillomavirus (HPV) vaccine information and corresponding risk perceptions from Twitter: advanced predictive models. *Journal of Medical Internet Research*. 2021;23(9):e30451.
- (2) Twitter. About Twitter. 2024. Disponível em: <https://about.twitter.com/pt>.
- (3) Sung IH . Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.
- (4) Recuero R. Introdução à análise de redes sociais. Salvador: EDUFBA; 2017.
- (5) Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 11. ed. Campinas: Pontes; 2013.

A VALORIZAÇÃO DAS METÁFORAS NA FALA DO PACIENTE PARA O CUIDADO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE REALIZADA EM UBERLÂNDIA EM 2024

Isabela Gutz Cunha Carvalho¹

Bianca Oliveira de Simoni

Milena de Lima Martins

Gustavo Antonio Raimondi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Um dos aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (1,2) formação médica multidisciplinar, priorizando o cuidado integral dos pacientes. Sob essa ótica, há a necessidade de entender como as doenças afetam os pacientes em sua totalidade. A utilização do método de metáforas da enfermidade na comunicação com os pacientes é uma alternativa promissora na busca pela compreensão de como a condição de saúde impacta cada indivíduo. Assim, este relato de experiência aborda uma atividade desenvolvida por estudantes de medicina de uma universidade federal de Minas Gerais, em 2024, cujo objetivo foi destacar a relevância das metáforas da enfermidade no processo de saúde adoecimento, além da sua influência na melhoria da relação médico-paciente e de acolhimento ao enfermo.(3,4)

OBJETIVO

Relatar e evidenciar a importância da valorização da fala do paciente no processo de saúde-adoecimento, por meio do reconhecimento das metáforas utilizadas pelo indivíduo, as quais explicitam, indiretamente, a sua relação com a enfermidade.

METODOLOGIA

Em 2024, estudantes do terceiro período da graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, localizada no estado de Minas Gerais, realizaram uma atividade experimental na disciplina da Saúde Coletiva. Nesse momento do curso, tal disciplina discute a promoção e a prevenção em saúde. Dentro desse tema, foram realizadas discussões sobre a subjetivação da pandemia da Covid-19, abordando a importância do entendimento das metáforas utilizadas pelos pacientes no contexto do cuidado em saúde. Os recursos de linguagem utilizadas pelo paciente nos momentos de interação com o profissional de saúde são uma ferramenta a ser utilizada para otimizar o cuidado integral, conceito também discutindo no curso de Medicina.

A partir da discussão inicial, foi proposta pelos professores, que assumem o papel de mediadores da produção do conhecimento protagonizada pelos discentes, uma atividade de simulação de consulta médica. Foi realizada entrevista com uma discente que passava por situação de adoecimento relativa

1 Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: isabela.gutz@ufu.br

ao trato gastrointestinal, aplicando-se a MINI Narrativa de McGill⁸, que consiste em entrevista semi-estruturada de auxílio em narrativas de saúde-adoecimento.

Em suas respostas, a discente, na condição de paciente, utilizava metáforas de modo recorrente para explicitar o mal-estar causado pela doença e a forma como ela percebia o impacto do problema de saúde em suas relações sociais cotidianas, tendo em vista que se tratava de sintomas de intolerância alimentar a glúten e lactose. A discente falou várias vezes sobre a forma como sua enfermidade afetava a sua saúde física, mental e relações interpessoais, citando metáforas como “eu me sentia um patinho feio” e “sentia que tinha chumbo na barriga”. Essas expressões metafóricas evidenciaram a maneira como a doença se manifestava no seu corpo e impactava sua vida social.

A atividade reforçou, assim, a compreensão do grupo relativa à importância da escuta das metáforas na subjetivação da doença. A comunicação médico-paciente foi facilitada pelo uso das metáforas, proporcionando o entendimento da relação entre o sujeito adoecido e a doença.

Ao final, como complemento da dinâmica, foi utilizada uma tecnologia de Inteligência Artificial (IA) para retratar visualmente o processo de saúde-adoecimento contemplando a vivência da entrevistada.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A realização dessa atividade foi importante na formação dos discentes, visto que permitiu compreender, na prática, como a utilização de metáforas da enfermidade facilita a compreensão da individualidade do processo de adoecimento. Percebeu-se que o recurso às metáforas contribui para a abordagem multidimensional e para o cuidado integral do paciente, já que esse recurso da linguagem revela muitas coisas que, por vezes, o indivíduo não fala claramente. Com isso, o profissional da saúde pode observar quais são as áreas da vida do enfermo que mais afetadas pelo adoecimento, e, como consequência, pode proporcionar a ele um tratamento mais adequado e individualizado. Espera-se que essa vivência ajude outros discentes a implementarem o uso de metáforas nas práticas médicas, assim como espera-se que os profissionais de saúde implementem tal medida cada vez mais nos ambiente de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- 1) Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Portal Democrático de Atos Normativos de Educação; 2014.
- 2) Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução CNE/CES Nº 3, de 3 de novembro de 2022. Altera os Arts. 6o, 12 e 24 da Resolução CNE/CED no3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. Diário Oficial da União. 2022 Nov 7; Seção 1:38.
- 3) Carvalho M; Luz ACR; Paulino BR, Ferreira CCI. Metáforas de um vírus: reflexões sobre a subjetivação pandêmica. Psicol. Soc. 2020;32.
- 4) Leal EM et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento-MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016;21(8):2393-2402.

AÇÃO INTEGRADA PARA O CUIDADO DO PACIENTE DIABÉTICO: AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Lorenço Mendonça¹

Bruno de Lima

Cláudia Du Bocage Santos Pinto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma condição de saúde que, quando descompensada, pode apresentar complicações ao longo do tempo como cegueira, doença renal crônica (DRC) e alto risco de doenças cardiovasculares, motivo pelo qual esses desfechos contribuem com o alto custo para os serviços de saúde¹. Ao longo dos anos, diversos avanços relacionados aos cuidados em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) foram estabelecidos, tal como a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética, estabelecida desde 2019, que representa uma estratégia da Atenção Básica em Saúde que visa ampliar o acesso na avaliação e prevenção do Diabetes Mellitus. O trabalho multidisciplinar na APS, envolvendo profissionais como Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, e Agentes Comunitários, é essencial para promover a adesão ao tratamento e o autocuidado. A atuação integrada desses profissionais facilita a educação em saúde, o acompanhamento das necessidades individuais dos pacientes e a construção de vínculos terapêuticos, elementos que favorecem melhores desfechos clínicos e qualidade de vida para as pessoas com DM².

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma ação desenvolvida para os pacientes diabéticos atendidos por uma equipe de Saúde da Família situada no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a participação da acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e do Residente em Medicina de Saúde de Família e Comunidade durante uma ação voltada para pacientes diabéticos na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), ocorrido em junho de 2024. Participaram da ação pacientes, acompanhantes, estudantes e profissionais da área da saúde. As estações contemplavam três modalidades de consultórios interdisciplinar onde foram realizados: consulta e avaliação do tratamento; retinografia e avaliação do pé diabético.

RESULTADOS

A ação foi planejada e amplamente divulgada entre a comunidade. Na Unidade Básica de Saúde da Família, os usuários foram recebidos pela equipe interprofissional, que explicou o fluxo da ação e

1 Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: ana.mendonca@ufms.br

sanou eventuais dúvidas dos pacientes. Posteriormente, foram divididos em estações em formato de rodízio para que todos pudessem passar nos consultórios. Na primeira estação, foi realizada a avaliação e ajustes do esquema de tratamento com os antidiabéticos de acordo com o controle glicêmico e os resultados de exames laboratoriais. Na segunda estação, foram realizados exames de retinografias com o uso do aparelho portátil Eyer Phelcom®, o qual está conectado com uma nuvem, de maneira que os retinólogos recebem as imagens da retina e podem realizar o laudo à distância. Dentre os exames realizados, dois apresentaram alterações, e esses pacientes foram prontamente agendados para acompanhamento com o serviço de oftalmologia. Na terceira estação, a equipe de enfermagem avaliou a saúde dos pés dos pacientes diabéticos. Para o procedimento, cada paciente foi convidado a sentar-se, sendo realizado o teste de sensibilidade com monofilamento e avaliação da sensibilidade vibratória com o diapasão. Aqueles que apresentaram alterações, receberam orientações e foram agendados para consultas com um ortesista, visando a obtenção de palmilhas adequadas para cada paciente. Além disso, houve uma ação educativa em sala de espera, promovida pelo profissional da educação física, reforçando a importância da realização de atividade física e da melhora dos hábitos alimentares.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência foi produtiva e produziu impactos importantes para e na comunidade envolvida, pois permitiu vivenciar e aplicar a resolutividade da APS no rastreio, bem como interagir com um público específico que demanda orientações contínuas sobre cuidados em saúde. Outrossim, a ação proporcionou melhora do monitoramento dos indicadores em saúde preconizados pelo Previner Brasil, com acompanhamento e controle da glicemia, rastreio de órgãos-alvo a partir da realização da retinografia e exames complementares. Portanto, fortalecer a APS e investir em equipes multiprofissionais são estratégias-chave para enfrentar os desafios do cuidado ao diabetes, especialmente em contextos de alta prevalência e recursos limitados. A abordagem integral e coordenada proporcionada pela APS, quando bem empregada, é um recurso eficaz na gestão do DM, podendo contribuir para a redução de internações hospitalares e a melhoria dos indicadores de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- (1) Tonaco LAB, Velasquez-Melendez G, Moreira AD, Andrade FCD, Malta DC, Felisbino-Mendes MS. Conhecimento do diagnóstico, tratamento e controle do diabetes mellitus no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2023;57-75. Doi: 10.11606/s1518- 8787.2023057005167.
- (2) Fernandes et al. Impacto da atenção primária na otimização do controle glicêmico em pacientes diabéticos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024;6(8):4879-4888. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n8p4879-4888.

ACESSO DOS INDÍGENAS BRASILEIROS À VACINA CONTRA A COVID-19: ESTUDO ECOLÓGICO

Cristiano Lopes Amorim¹
Fernanda Santinoni Couto
Filipe Leão Neitzke
Kyliana Gerhardt Sevald
Gabriela Borela Frizon
Huldaci dos Reis Santana Andrade
Simone Stefani Duffek
Rosa Thatiana Maria Pereira Costa
Franceline Gracielle Bento Pereira
Bárbara Pereira
Ana Íris Mota Ponte

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A COVID-19, causada pelo vírus SARS-coV-2, o qual pode causar diversas condições, desde um resfriado comum a doenças respiratórias mais graves, como a síndrome respiratória aguda grave, causou uma pandemia que iniciou na China, na cidade de Wuhan, em dezembro de 2019. O número total de mortes associadas à pandemia de COVID-19 até julho de 2023 foi de 6.952.522 mortes, sendo 704.488 mortes no Brasil. A vacinação contra a COVID-19 foi essencial para a prevenção da doença infecciosa e a significativa diminuição da frequência de hospitalizações, do uso de ventilação mecânica invasiva (VMI), dos sintomas e da gravidade dos casos, bem como da redução da mortalidade. Entretanto, grupos populacionais marginalizados pela exclusão social, como a população indígena, requerem atenção especial, pois estão mais suscetíveis a iniquidades no acesso à vacinação e ao serviço de saúde, resultando em maior risco de desfechos negativos no contexto da pandemia. Outro estudo realizado comprovou que, apesar da população indígena ter sido grupo prioritário para a vacinação, teve a taxa de mortalidade mais elevada pelo COVID-19 do que a população geral brasileira. Portanto, é essencial que estudos sejam realizados visando analisar o acesso dos indígenas à vacina de COVID-19. Compreender essas questões é fundamental para garantir equidade na imunização e desenvolver estratégias que melhorem a cobertura vacinal e a proteção desse grupo vulnerável.

OBJETIVO

Realizar uma análise epidemiológica detalhada sobre o acesso e adesão dos indígenas brasileiros à vacina contra a COVID-19 no Brasil. O estudo visa também identificar disparidades no acesso à imunização pela população indígena para propor estratégias direcionadas a melhoria da cobertura

1 Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: cristianolopes760@gmail.com

vacinal com equidade, considerando especificidades culturais e geográficas dos indígenas, considerando tanto a população que reside em terras indígenas quanto aquela que vive em áreas urbanas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico que utilizou dados secundários extraídos do Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS, por meio do Vacinômetro COVID-19 do Ministério da Saúde, no período de 2021 a 2024. A pesquisa analisou o número de indígenas brasileiros vacinados contra a COVID-19 no Brasil, considerando a população indígena que reside em terras indígenas e aquela que mora na cidade. Foram coletados dados sobre a cobertura vacinal contra a COVID-19, incluindo a aplicação da primeira, segunda e terceira doses, além das doses de reforço. As variáveis analisadas foram organizadas por ano, com base em números absolutos e percentuais, permitindo uma avaliação temporal da adesão à vacinação e a comparação entre os diferentes anos do período estudado, o que possibilitou verificar tendência de queda na cobertura vacinal.

RESULTADOS

Os dados de vacinação contra a COVID-19 no Brasil revelam que entre 2021 e 2024 houve no total de 1.511.828 indígenas brasileiros vacinados contra a COVID-19 entre crianças e adultos, em uma população indígena de 1.064.836 habitantes, segundo o Censo de 2022. O ano de 2021 teve o maior índice de vacinas aplicadas 55,3% (N=938.339) esse número pode ser justificado pela iniciativa do Governo Federal em vacinar em massa a população. Dentre as doses aplicadas 26% foi 1º dose (N=443.051), 0% (N=91) 1º reforço, 21,5% (N=364.463) 2º dose, 0% (N=95) 2º reforço, 0,01% (N=318) 3º dose, 0% (N=75) 3º reforço, 7,65% (N=128.632) outras doses. Observou-se um declínio significativo de número de doses aplicadas, no ano de 2022 foram vacinados apenas 20,4% (N=345.858) da população indígena, do total de vacinas 3,01% (N=51.046) foi 1º dose, 0% (N=111) 1º reforço, 6,2% (N=66.958) 2º dose, 4% (N=69.107) 2º reforço, 0,01% (N=221) 3º dose, 0,03% (N=675), 9,05% (N=152.297) outras doses. Esses dados mostram a baixa adesão por parte da população indígena o que pode ser sustentado pelo baixo número de imunizantes aplicados nas 2º e 3º doses. Em 2023 apenas 7,8% (N=133.285) da população foi vacinada, sendo 2,3% (N=40.071) 1º dose, 1% (N=11.138) 1º reforço, 2,1% (N=36.465) 2º dose, 0% (N=6.159) 2º reforço, 1% (N=22.745) 3º dose, 0% (N=82) 3º reforço, 1% (N=16.625) outras doses. O ano de 2024 foi o que teve a menor número de adesão com 5,5% de vacinação total da população e 0,8% (N=14.342) de 1º dose, 0,08% (N=1.454) 1º reforço, 0,5% (N=8.647) 2º dose, 0% (N=15) 2º reforço, 0,6% (N=10.580) 3º dose e 3,42% (N=58.829) outras doses. Esses dados sugerem que houve uma grande diminuição das taxas de vacinação ao longo do tempo e evidencia a necessidade de estratégias adaptadas a população indígena.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo demonstrou que, apesar da priorização da população indígena na campanha de vacinação contra a COVID-19, houve uma queda progressiva na adesão vacinal entre 2021 e 2024, inclusive em relação às doses de reforço. Esse cenário evidenciou desigualdades estruturais, barreiras geográficas e socioculturais que dificultaram o acesso e a continuidade do esquema vacinal aumentando a vulnerabilidade desse grupo diante da pandemia. No entanto, a pesquisa apresenta limitações por depender de dados secundários, que podem não captar nuances regionais. Assim, reforça-se a necessidade de estratégias específicas, como campanhas educativas adaptadas, ampliação da oferta de vacinação em territórios indígenas e políticas que garantam equidade no acesso à imunização. Estudos futuros devem investigar os determinantes sociais da adesão vacinal e estratégias eficazes para ampliar a cobertura, promovendo saúde e inclusão.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Mundial da Saúde. Painel da OMS sobre o Coronavírus (COVID-19). Genebra: OMS; c2023 [acessado em 2025 mar 4]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
- (2) Fundação Oswaldo Cruz. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Série Informação para Ação na Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
- (3) Gomes Machado FC, Ferron MM, Tereza Da Matta Barddal M, Nascimento LA, Rosalen J, Avelino-Silva VI. COVID-19 vaccination, incidence, and mortality rates among indigenous populations compared to the general population in Brazil: Describing trends over time. *The Lancet Regional Health*. 2022;13:100319. doi: 10.1016/j.

AÇÕES DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA: ARTICULAÇÃO COM ENSINO E PESQUISA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Átila Alexandre Trapé¹
Gabriel Peinado Costa
Júlia Cunha Santos Oliveira
Letícia Detore Devey
Arthur Polveiro da Silva
Jean Lucas Rosa
Agnes Vitorio Colombari
Matheus Martins Moreira
Rodrigo Ossoda Moura Bandeira
Camila de Moraes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A extensão universitária pode desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde, funcionando como uma ponte entre a Universidade e a comunidade. Atingindo os três pilares da Universidade (ensino, pesquisa e extensão), projetos focados na promoção da saúde, incluindo as práticas corporais e atividades físicas (PCAF), além de possibilitarem que a população possa desfrutar da estrutura e conhecimentos produzidos na Universidade, oferecem a oportunidade dos estudantes aplicarem, na prática, os conhecimentos e experiências desenvolvidas durante a formação; ainda, ofertam a possibilidade de atuar diretamente nas comunidades. Estes projetos podem também possibilitar perguntas de pesquisa direcionadas para desafios reais enfrentados pela sociedade, além de permitir que os resultados dos estudos possam ser traduzidos em ações práticas e interventivas nas comunidades. Neste sentido, esses projetos de extensão universitária podem fortalecer algumas das funções sociais da Universidade, como promover saúde para as pessoas que frequentam os projetos na instituição e nas comunidades atendidas, formar profissionais conscientes de sua responsabilidade social, bem como desenvolver pesquisas e aplicar conhecimentos conectados às necessidades da sociedade [1].

OBJETIVO

Apresentar ações de extensão articuladas com ensino e pesquisa, com foco em promoção da saúde para a população, oferecidas presencialmente na Universidade e nas comunidades, lideradas pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Física e Saúde Coletiva (GEPEFSC) e Grupo de Estudo e Pesquisa em Exercício Físico para Condições Especiais de Saúde (GEPEFiCES), da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EEFERP-USP).

1 Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: atrape@usp.br

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre as ações de extensão universitária para a promoção da saúde da população de Ribeirão Preto, SP, articuladas com ensino, uma vez que as(os) estudantes de pós-graduação atuam diretamente como supervisoras(es) e as(os) estudantes de graduação atuam como monitoras(es), e com pesquisa, por meio de uma diversidade de projetos de iniciação científica, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses já desenvolvidos e em desenvolvimento [2]. Essas ações são realizadas por meio de: (I) Atividades presenciais na EEFERP-USP, pelo Programa de Atividade Física para Adultos, para a promoção das PCAF, focado em pessoas adultas de meia idade (40-59 anos), com 100 vagas gratuitas, frequência de sessões de treinamento físico de 3x/sem e avaliações periódicas para acompanhamento em saúde dos participantes; II) A partir da percepção de que nem todas as pessoas conseguem frequentar a Universidade 3x/sem, iniciaram-se as atividades híbridas de aconselhamento em saúde do Programa Saúde+, com encontros mensais presenciais e interações quinzenais via aplicativo de mensagens, desenvolvidos por meio de uma comunicação humanizada e empática, levando em conta as motivações e barreiras de cada pessoa para o cuidado em saúde, incluindo os hábitos de PCAF; III) A partir da percepção de que as ações I e II não alcançavam parte da população de Ribeirão Preto, SP, tiveram início as ações extramuros, diretamente nos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção, e no território destes serviços, como praças, parques, escolas, entre outros, com ações de avaliações e aconselhamento em saúde, além de promoção das PCAF; IV) Promoção das PCAF na atenção terciária, para pacientes em sistema de internação na Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; V) Coordenação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do projeto de Ribeirão Preto, SP, em sua 11ª edição, com o tema Equidade, por meio das ações interprofissionais de cinco grupos tutoriais, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade, com cuidado especial nesta edição às trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS); VI) Coordenação de área no ingresso da Educação Física na Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da USP Ribeirão Preto, com 3 vagas para residentes da Educação Física; e, VII) comunicação nas redes sociais, com foco no *Instagram* (@gepefsc.usp) compartilhando informações sobre o cuidado em saúde e promoção das PCAF, de forma acessível, sem culpabilização, e considerando aspectos sociais e ambientais. De forma complementar, é interessante destacar uma importante ação no item I, no programa que promove as atividades presenciais na EEFERP-USP: a partir da observação de que alguns grupos estavam pouco representados (como exemplo, a proporção de pessoas pretas e pardas não chegava a 20%, enquanto no estado de São Paulo é de 40%), uma ação afirmativa foi realizada, promovendo reserva de vagas para este grupo populacional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O desenvolvimento destes projetos e ações articula saberes científicos e populares, promovendo a oportunidade de acesso da população ao cuidado em saúde e às PCAF de forma gratuita, além de fomentar o protagonismo das(os) estudantes de graduação e de pós-graduação envolvidos no processo de desenvolvimento e execução. Além desta importante iniciativa que promove a presença da sociedade

na Universidade, por meio da extensão presencial, os grupos realizam esforços para levar a Universidade até as comunidades, a partir das ações extramuros e projetos realizados fora da Universidade. Destaca-se também a importância desta experiência para a formação da(o) estudante, com a possibilidade de integração das atividades de extensão com as de ensino e o desenvolvimento de projetos de pesquisa a partir destas ações e projetos do GEPEFSC e GEPEFiCES da EEFERP-USP.

REFERÊNCIAS

- [1] Biscarde DG dos S, Pereira-Santos M, Silva LB. 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. 2014;18(48):177-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4KKBh3jXwd5dLSS4NYwFk3z/abstract/?lang=pt>
- [2] Trapé AA, Silva JF, Develey LD, Andrella JL, Azevedo MJ, Costa GP. Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Física e Saúde Coletiva (GEPEFSC): relações com a Gestão e Políticas do Esporte. Rev Gest Neg Esporte. 2024;7:197-221. Disponível em: <https://rgne.org.br/index.php/home/article/view/137>

AÇÕES EXTENSIONISTAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A USUÁRIOS DE UMA USF, NO USO DE FERRAMENTAS DIGITAIS PARA O RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO ADSCRITO

Renata Alves Gomes Villani¹

Erik de Oliveira Tavares

Jamilly Ferreira de Lima Rodrigues

Luana Maria Martins Cabral

Nicolly Beatriz Borborema

Rafael Carvalheira Vieira da Costa

Sabrina Beatriz Soares Dias

Thalya Thamires Saúde Sena Alves Bernardo

Raphaela Delmondes do Nascimento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto de Extensão “Territórios Dinâmicos” da Universidade de Pernambuco foi concebido a partir da aproximação de estudantes da Faculdade de Ciências Médicas com o processo de territorialização de uma Unidade de Saúde da Família, quando identificaram a utilização das tecnologias de informação no mapeamento do território adscrito.

Um dos maiores desafios da Atenção Primária à Saúde é conceber um sistema de informação que se aproxime dos modos de vida, adoecimento e morte da população [1]. Oportunizar à comunidade a participação ativa na construção da sua identidade territorial é uma forma de promover a participação no direcionamento de ações para a promoção de saúde, contrapondo a convencional prática de vigilância na comunidade, com métodos de ação que não contemplam a participação popular e negligenciam as realidades individuais [2].

A comunicação do conhecimento técnico-científico com a comunidade, pelo uso de plataformas digitais, confirma o principal dever da vigilância popular em saúde, que é acompanhar a dinamicidade dos desafios do território mediante participação e transformação comunitária [3]. O Projeto teve o potencial de proporcionar resultados favoráveis à comunidade, à equipe multiprofissional, bem como aos discentes extensionistas no fortalecimento de uma formação interprofissional e comprometida com o Sistema Único de Saúde (SUS) e os cuidados primários em saúde.

OBJETIVO

Relatar a experiência do Projeto de Extensão Universitária “Territórios Dinâmicos” da Universidade de Pernambuco, acerca de orientações aos usuários de uma Unidade de Saúde da Família para o reconhecimento e uso de ferramentas digitais no acesso a informações sobre o território adscrito.

1 Universidade de Pernambuco. E-mail: renata.villani@upe.br

METODOLOGIA

O projeto foi aprovado por Edital da Reitoria da Universidade, com Carta de Anuência emitida pela referida Secretaria de Saúde anexada, com execução prevista e cumprida de maio a dezembro de 2024. As intervenções aconteceram em uma Unidade de Saúde da Família, em processo de territorialização, com a participação de extensionistas graduandos dos cursos de enfermagem, medicina, odontologia e saúde coletiva, e duas residentes de saúde coletiva.

Inicialmente foi realizado um mapeamento da área adscrita à Unidade, utilizando-se a ferramenta *Google My Maps*, com a descrição dos aparelhos de saúde abrangidos pela Unidade, que compõe 01(um) dos 08 (oito) Distritos Sanitários, da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

Os acadêmicos e residentes extensionistas compareceram à Unidade e distribuíram panfletos na Sala de espera. Havia nos panfletos a impressão de *QR Code* dando acesso ao mapa, com a localização e visualização dos referidos equipamentos.

A abordagem aos usuários foi realizada de maneira dialogada, com uso de linguagem coloquial, encorajando-os a expor suas dúvidas, enquanto eram explicadas as informações dos panfletos físicos e de como acessá-las virtualmente. Propostas educativas viáveis para intervir na realidade comunitária devem se utilizar de diferentes técnicas, baseadas nos princípios da educação popular: diálogo, problematização, emancipação, resgate da cidadania e troca de saberes popular e técnico científico [4].

RESULTADOS

A experiência possibilitou um diálogo entre extensionistas e usuários, com produtiva comunicação sobre acesso e uso dos equipamentos de saúde. Por meio da escuta ativa e abordagem dialogada foram identificadas lacunas de conhecimento acerca do funcionamento e organização da Unidade, bem como com relação aos fluxos e acesso aos demais serviços municipais.

Identificou-se ainda a necessidade de letramento digital dos usuários, uma vez que as informações acerca dos serviços ofertados e mapas de território estão acessíveis no site da prefeitura, mas não impressos na Unidade. Os extensionistas apresentaram essas informações em panfletos e acesso via QR Code em seus próprios aparelhos celulares. Muitos usuários relataram não portar seus aparelhos por medo de assaltos no trajeto à Unidades, mas que iriam acessar em casa a partir dos panfletos. Outra limitação relatada foi a não disponibilidade de rede de internet aos usuários, por parte da Unidade.

Essa abordagem mais individual possibilitou o estabelecido um vínculo comunicativo maior, com mais comentários e questionamentos em relação ao modo de funcionamento do sistema apresentado. Com isso, o grupo de extensionistas atestou a relevância da tecnologia da informação na educação popular em saúde, apontando para soluções de problemas históricos que, muitas vezes, parecem inviáveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações em Sala de Espera oportunizaram a participação ativa dos extensionistas, capacitando-os para uma escuta ativa das necessidades apontadas pela população, por meio das abordagens presenciais e uso das ferramentas digitais, contribuindo para o letramento digital e potencial vigilância popular dos usuários daquela unidade de saúde. O processo de territorialização deve considerar as identidades culturais e geográficas da população adscrita, com compartilhamento das diversas tecnologias, leves e duras, entre usuários, trabalhadores, gestores e comunidade acadêmica que utiliza os espaços do SUS na formação e qualificação profissional, com vistas à garantia da efetiva participação social nos modelos de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Cunha MB et al. Vigilância popular em saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: Botelho BO et al, organizadores. Educação popular no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 79-101.
- [2] Breilh J. From conventional surveillance to participatory monitoring. Ciênc. saúde colet. 2003;8(4): 937-951.
- [3] Machado JMH; Pivetta F; Silva JFS; Bonetti OP. Vigilância popular em saúde em tempos de pandemia: proposta de um caminho. In.: Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde. Rio de Janeiro: 2021. pp. 397-411.
- [4] Vasconcelos EM; Cruz PJSC. Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. 2013.

ACOLHENDO O MEDO INFANTIL: O HOSPITAL DO URSINHO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO EM PEDIATRIA

Thiago Barreto de Paula¹

Anna Beatrys Silva Flores

Juliana Martins Fernandes Andrade Fonseca e Silva

Ana Carolina Pereira Silva

Juliana de Albuquerque Périssé

Júlia Sena Alvarez Vaz e Alves

Thiago Luis Neto, Alessandra Bento Veggi

Raphael Mendonça Guimarães

Cristiane de Oliveira Novaes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil frequentemente desencadeia intenso estresse emocional, exacerbado pela ruptura do vínculo com o ambiente familiar e pela associação do hospital a procedimentos invasivos e dolorosos [1]. Nesse cenário, o Hospital do Ursinho (HU) configura-se como uma estratégia educacional inovadora, de custo acessível, voltada à atenuação da iatrofobia por meio de simulações lúdicas, nas quais crianças cuidam de seus ursinhos de pelúcia em um ambiente médico simulado [2]. Evidências científicas demonstram que essa abordagem não apenas reduz a ansiedade infantil, mas também potencializa a formação de estudantes de medicina, aprimorando suas competências em comunicação, empatia e vínculo terapêutico [3]. Além disso, sua metodologia adaptável possibilita sua implementação em distintos contextos, da educação infantil ao ensino médico, ressaltando a centralidade do lúdico na promoção da saúde e na humanização do cuidado [4]. O HU também se alinha aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, contribuindo para a equidade na saúde e a qualificação da assistência pediátrica. Ao ressignificar o ambiente hospitalar, o HU transforma o medo em acolhimento, consolidando-se como um modelo exemplar de educação em saúde e assistência humanizada [5].

OBJETIVO

Descrever a implementação do HU como ferramenta pedagógica para a formação de profissionais de saúde mais sensíveis e competentes, além de promover uma experiência hospitalar menos aversiva para crianças.

METODOLOGIA

Acadêmicos de medicina, imersos em um ambiente de aprendizado prático e colaborativo, atuaram como facilitadores, guiando as crianças através de simulações que replicavam o fluxo completo

de um atendimento pediátrico. Evidências científicas robustas demonstram que essa abordagem lúdica potencializa a formação de estudantes de medicina, aprimorando suas competências em comunicação, empatia e estabelecimento de um vínculo terapêutico sólido. A arquitetura do HU foi meticulosamente desenhada para criar um ambiente de aprendizado imersivo, onde cada criança, ao assumir o papel de cuidadora de seu urso de pelúcia, vivenciava uma jornada educativa, participando ativamente de consultas, exames e procedimentos simulados. As simulações, que abrangiam desde a triagem até intervenções cirúrgicas, permitiram que as crianças se familiarizassem com os instrumentos e procedimentos médicos, desmistificando o ambiente hospitalar e reduzindo a ansiedade. O feedback dos acadêmicos ressaltou a importância do cuidado lúdico na humanização do atendimento pediátrico, solidificando o HU como um laboratório prático para o desenvolvimento de competências essenciais, como comunicação, empatia e tomada de decisão clínica. O HU, ao alinhar-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, demonstra seu potencial como ferramenta de promoção da saúde infantil e de formação de profissionais de saúde mais humanizados e sensíveis às necessidades das crianças.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A iniciativa não apenas fomentou o aprendizado mútuo, mas também promoveu uma transformação psicossocial, auxiliando as crianças a superarem o medo e a ansiedade associados ao ambiente hospitalar. A iniciativa destaca-se como um modelo para a implementação de pedagogias ativas na formação médica, capazes de cultivar uma cultura de atendimento mais inclusiva e centrada no paciente. Ao ressignificar o ambiente hospitalar e transformar o medo em acolhimento, o HU se consolida como um modelo exemplar de educação em saúde e assistência humanizada, demonstrando o poder da ludicidade na promoção do bem-estar infantil e na formação de profissionais de saúde mais empáticos e competentes.

REFERÊNCIAS

- (1) Wolff M, Brykczynska G, Alpermann B, Hoffmann F. Emotional distress and mental health care needs of parents of hospitalized children: A systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2021;58:21-30.
- (2) Lin CH, Li IC, Li CJ. Impact of Teddy Bear Hospital on Preschool Children's Anxiety and Fear of Medical Procedures: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr Nurs*. 2019;46:1-6.
- (3) Vandenbussche A, Valcke M. Simulation-based education in undergraduate medical education: a systematic review. *Perspect Med Educ*. 2020;9(5):294-301.
- (4) Playford DE, Day SJ, Yelder J, Weurlander M, Walsh LJ. Healthcare students' perspectives on the value of simulation-based learning in developing empathy. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):1-10.
- (5) World Health Organization. Transforming health workforce education to support universal health coverage: an agenda for action. Geneva: WHO; 2022.

ACOLHIMENTO A PESSOAS QUE ATENTAM CONTRA A PRÓPRIA VIDA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SITUADA NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ivi Evelin Ferraz de Souza Jung¹

Mônica Villela Gouvêa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Suicídio é tido como um fenômeno complexo, fruto da interação de fatores de ordem “filosófica, biológica, antropológica, psicológica e social”. [1]. A literatura indica que a coexistência destas condições agrava a situação de risco [2]. Nesse sentido, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) informa que cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos; que para cada suicídio, há um número muito maior de tentativas e reitera que a tentativa prévia é o seu mais importante fator de risco. Apesar de ser considerado uma questão de saúde pública, existe uma escassez de dados fidedignos sobre sua prevenção e intervenções na rede de apoio à saúde mental dos usuários [3]. Partindo-se do fato de que muitas das pessoas que tentam o autoextermínio são socorridas em serviços de urgência/emergência, esta pesquisa objetivou compreender, nesse contexto, desafios da equipe multiprofissional no acolhimento em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) situada em um município da região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro.

OBJETIVO

Compreender desafios da equipe de saúde de uma unidade de pronto atendimento, com relação ao acolhimento de pessoas que atentam contra a própria vida. Sendo objetivos secundários descrever estratégias e identificar desafios enfrentados nesse acolhimento.

METODOLOGIA

Estudo de campo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento-UPA, de um município da região Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. Participaram da pesquisa 20 profissionais com idades entre 21 e 48 anos, sendo apenas três do gênero masculino. Foram 8 técnicos de enfermagem (4 com curso de graduação em andamento); 4 assistentes sociais; 4 médicos; 3 enfermeiras e 1 técnica de laboratório, a maioria com pós-graduação. O tempo de atuação na UPA variou de 6 meses há 8 anos. Metade dos participantes já possuía experiência de trabalho na saúde pública antes de atuar na UPA. Os dados foram coletados através de entrevistas individuais e observação participante. As entrevistas gravadas foram transcritas e as observações registradas em um diário de campo. Nas entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado, composto por questões abertas versando sobre conhecimentos, vivências,

1 Universidade Federal Fluminense. Email: ivievelin@id.uff.br

desafios e estratégias adotadas no acolhimento a pessoas que atentaram contra a própria vida e buscaram ajuda na UPA. Os dados foram trabalhados na perspectiva da análise temática.

RESULTADOS

Na UPA vinculada ao estudo, as tentativas de suicídio estão entre os principais casos de violência, sendo a maioria por intoxicação exógena, ou por automutilação. Os casos mais impactantes foram os relacionados a cortes profundos, com sangramento intenso e entrada em estado de choque. Quadros de automutilação pareceram despertar nos profissionais uma sensação de que a pessoa estaria passando por condições psíquicas críticas o que as levaria a cometer atos considerados extremamente radicais e violentos contra si próprios. Por outro lado, casos de intoxicação exógena não parecem merecer o mesmo respeito por parte de alguns profissionais que revelaram um posicionamento moralista e preconceituoso. Algumas das estratégias utilizadas no enfrentamento da questão por trabalhadores da UPA foram procedimentos de estabilização do quadro físico e encaminhamento para assistentes sociais. Os principais desafios identificados se referem a dificuldades em lidar com a subjetividade envolvida nesse tipo de acolhimento/atendimento. Os participantes se referiram ao fato de que em uma UPA, não é comum que os trabalhadores tenham tempo necessário para se dedicar à escuta qualificada que a situação exige. A grande maioria dos profissionais entrevistados já tinha prestado assistência a casos de tentativa de suicídio. Mesmo aqueles que relataram nunca terem participado de acolhimento a tais casos na UPA, relataram sentir uma identificação com tais pacientes por já terem vivenciado situações semelhantes em sua vida pessoal ou por se identificarem com alguns dos motivos para tais atos, como no caso de abusos sexuais. Por outro lado, alguns trabalhadores relataram que procuravam não se envolver por acreditar que dessa forma, conseguiriam realizar seu trabalho com maior tranquilidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atuação da equipe de saúde na busca da identificação de fatores de risco e a utilização de estratégias preventivas para o comportamento suicida tendem a gerar segurança e confiança nos envolvidos. Nesse contexto é importante investir na articulação da UPA com as unidades de atenção básica onde evidencia-se ainda mais a possibilidade de acolher e apoiar pessoas nessa condição. Considerando a alta prevalência de pessoas que atentam contra sua própria vida e a carência de profissionais de saúde preparados desde a sua formação e na prática, para o acolhimento e abordagem nesse contexto, uma necessária ação envolve qualificação profissional. Porém, ressalta-se a importância de que tal formação seja realizada numa abordagem dialógica e problematizadora, como a proposta pela Educação Permanente em Saúde (EPS), importante caminho para o processo de educação-aprendizagem de trabalhadores, uma vez que parte de questões e demandas de seu cotidiano de trabalho e reconhece seu protagonismo.

REFERÊNCIAS

- [1] Garbin CAS et al. A Operacionalização do SUS na Prevenção e Condução de Casos de Suicídios: Análise Documental. Revista Ciência Plural. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17528/11975>.
- [2] Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol. USP. 2013;25(3):231- 236. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/>.
- [3] Gomes ER, Iglesias A, Constantinidis TC. Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida. Rev. Psicol. Saúde. 2019;11(2).

ACOLHIMENTO DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniela Klunck¹

Cristian Fagundes

Thaís Botelho da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O acolhimento na Atenção Básica garante um atendimento humanizado e resolutivo, organizando a assistência conforme a necessidade do indivíduo. [1] No contexto da Fisioterapia, a principal demanda é de usuários com dor crônica, gerando altos custos em saúde e sobrecarga nos serviços especializados. O modelo biomédico tradicional tem se mostrado insuficiente para resolver esses casos, acarretando em consultas e encaminhamentos recorrentes.

A dor é uma das condições crônicas mais prevalentes no mundo e constitui um importante problema de saúde pública por seu caráter incapacitante, que compromete a autonomia do indivíduo. [2] Ela é classificada como dor crônica quando persiste para além do período habitual de recuperação, considerado como superior a três meses. [3] Sua prevalência e impacto aumentam com o avanço da idade, e diante da transição demográfica e epidemiológica, estima-se que uma parcela significativa da população, especialmente os idosos, será afetada, ampliando o ônus social e econômico associado a essa condição. [2]

Na abordagem biopsicossocial, observa-se uma relação dinâmica e complexa entre aspectos biológicos, estado psicológico e contexto social, com influência distinta na experiência de dor. [4] Esse desafio, cada vez mais presente na rotina dos profissionais de saúde, reflete a necessidade de estratégias eficazes dentro do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVO

Possibilitar ao usuário acesso a um cuidado equânime e integral, acolhendo suas queixas e dando respostas/orientações adequadas nos serviços de saúde com resolutividade e responsabilização.

Organizar o fluxo de encaminhamentos e reduzir a demanda reprimida principalmente de usuários com dor crônica.

METODOLOGIA

O acolhimento fisioterapêutico foi realizado entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, no âmbito de uma Unidade Básica de Saúde que integra uma equipe multidisciplinar e que também atua como unidade de ensino para programas de residência médica e multiprofissional. Inicialmente,

1 Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: danielaklunck@gmail.com

foi elaborada uma planilha contendo os usuários encaminhados ao serviço de Fisioterapia pelos profissionais médicos. A partir disso, foi agendado um primeiro acolhimento com o fisioterapeuta residente no centro de saúde.

Durante o acolhimento, foi realizada uma escuta qualificada da experiência de dor relatada pelo usuário. A abordagem adotada baseou-se no uso de tecnologias leves, contemplando orientações para a realização de exercícios domiciliares, revisão dos hábitos de vida, incentivo à prática regular de atividade física e estímulo à participação em grupos de promoção da saúde. Após o primeiro acolhimento, eram programados até dois retornos, com intervalos de aproximadamente 15 dias, para monitoramento da adesão às orientações, reavaliação do quadro clínico e possíveis encaminhamentos a outros serviços caso necessário.

RESULTADOS

Foram acolhidos 51 usuários na Unidade Básica de Saúde durante o período do estudo, sendo a maioria do sexo feminino (60,8%) e 39,2% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 64,7% dos usuários eram adultos, enquanto 35,3% eram idosos. As principais queixas musculoesqueléticas relatadas incluíram lombalgia (37,2%), dor no ombro (29,4%), dorsalgia (9,8%), cervicalgia (9,8%) e outras queixas menos prevalentes (13,8%).

Em relação aos desfechos do acolhimento, 23,5% dos usuários foram encaminhados para grupos de promoção da saúde oferecidos na unidade, enquanto 19,6% relataram melhora do quadro álgico por meio da adesão às orientações fornecidas, sem necessidade de novos encaminhamentos. Cerca de 9,8% resolveram o problema por outras vias, como uso de medicação ou melhora espontânea, e 9,8% foram encaminhados para atendimento especializado de Fisioterapia Ambulatorial. No entanto, houve perda de seguimento em 35,2% dos casos, com ausência de retorno para as consultas de reavaliação.

De modo geral, os resultados demonstram a relevância do acolhimento fisioterapêutico como estratégia de cuidado na Atenção Básica. A diversidade dos desfechos evidencia a capacidade do acolhimento de direcionar condutas distintas conforme as necessidades individuais, promovendo desde orientações resolutivas até encaminhamentos para grupos terapêuticos ou serviços ambulatoriais especializados. A porcentagem de usuários que obtiveram melhora com as orientações reforça o potencial das tecnologias leves no manejo da dor crônica. Contudo, a elevada taxa de perda de seguimento aponta para a necessidade de estratégias que favoreçam a continuidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O acolhimento de Fisioterapia demonstrou ser uma estratégia potente para possibilitar o acesso equânime, a integralidade da atenção e a longitudinalidade do cuidado. Por meio de uma escuta qualificada e da classificação de risco funcional, essa abordagem promove um cuidado biopsicossocial, ampliando o acesso aos serviços de reabilitação e fortalecendo o protagonismo do usuário sobre sua própria saúde.

É importante que a ferramenta seja implementada com uma boa articulação entre os profissionais e gestores de saúde envolvidos para o melhor resultado. Sugere-se aplicação de um instrumento para avaliar a satisfação e a resolutividade em relação às necessidades dos usuários.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).
- [2] Ferreira ML, Ferreira PH, Maher CG, Machado GC, O'Keeffe M, Smeets RJ, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023 Jun;5(6):e316–e329.
- [3] International Association for the Study of Pain (IASP). Classification of chronic pain. 2nd ed. revised. Washington, DC: IASP Press; 2019.
- [4] Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor.* 2012;13:111–8.

ACOLHIMENTO: ABRANGÊNCIA E POSSIBILIDADES DENTRO DO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UPA

Nicolas Dominic Soares Brito¹

Giovana Carvalho Fernandes

Maria Eduarda Squinca Dias Campos

Pedro Tuma Leonardo

Kathleen Tereza da Cruz

Maisa Melara

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esse artigo é resultado de atividades da disciplina de Saúde Coletiva, de uma faculdade de medicina do Rio de Janeiro, com foco no processo de trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na qual visitas observatórias instigaram questionamentos a respeito do “acolhimento”, foco deste trabalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH)–HumanizaSUS -, criada para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tenta tornar o ambiente mais acolhedor, ágil e resolutivo, com melhores condições de trabalho e atendimento para gestores, funcionários e usuários [1]. O “acolhimento” é uma diretriz da PNH que implica na escuta do usuário, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e de adoecimento, e na responsabilização pela resolução. É um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços [2]. Embora seja frequentemente tido como sinônimo de “classificação de risco” nas UPAs, não se limita a isso, o que, para melhor explorar o termo, nos levou a criar categorias de acolhimento: institucional, linguístico, médico-informativo, afetivo e social. Elas guiam esse trabalho, que busca analisar como, onde, por quem e quais tipos de acolhimento ocorrem dentro das UPAs e, se, mesmo sendo serviços de saúde ditos resolutivos, é possível aplicar as políticas do PNH.

OBJETIVO

Analisar como o atendimento aos usuários é feito em um serviço de emergência e, com base nisso, apurar as possíveis ferramentas que favorecem o acolhimento, bem como os principais desafios que complexificam esse processo de acolhida, baseando-se na observação de como ocorre, onde é realizado, por quem é feito e quais os tipos de acolhimento que são realizados em uma UPA do estado do Rio de Janeiro e comparar com o que é proposto pela literatura e definido nas políticas do PNH.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo e transversal em uma UPA localizada no estado do Rio de Janeiro, com cinco visitas feitas entre agosto e outubro de 2024. A amostra contém 26 participantes,

sendo 14 profissionais de saúde e 12 usuários. Os trabalhadores foram entrevistados durante seus intervalos. Os pacientes foram abordados enquanto aguardavam atendimento.

As variáveis analisadas incluíram cargo, tempo de atuação, carga horária e percepção do impacto do cansaço no atendimento, no caso dos profissionais. Aos usuários, questionou-se a qualidade do acolhimento recebido. A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas semi abertas, em 15 de outubro de 2024, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer número 5.527.563.

Para a análise das respostas, o acolhimento foi categorizado em cinco eixos: Institucional, referente à acessibilidade física e geográfica; Linguístico, à adequação da linguagem sociocultural; Afetivo, relacionado ao cuidado emocional; Médico-Informativo, à clareza das orientações médicas; e Social, ao vínculo entre profissional e usuário.

RESULTADOS

Para os funcionários entrevistados, acolher é recepcionar com educação, ouvir, entender o que levou o paciente ao serviço, identificar a demanda e encaminhá-lo, ser profissional e humano durante todo o processo, para que ele saia em melhores condições do que chegou. Também há entre eles a ideia de resolução apenas da demanda evidente, visto que UPAs são serviços emergenciais e resolutivos, sendo prevalente o acolhimento médico-informativo.

Com relação à carga horária/demanda de trabalho, 63,3% dos funcionários disseram estar satisfeitos. Aqueles com posicionamento oposto apontaram em unanimidade a necessidade de maior quantidade de profissionais para reduzir a exaustão e a sobrecarga laboral. Sobre a relação cansaço/capacidade profissional de acolhimento, 71,4% avaliaram como uma interferência prejudicial importante e ninguém apontou a inexistência de interferência.

A pesquisa também considerou a relação entre a experiência dos funcionários e o acolhimento. Entre aqueles com 2 anos ou mais de serviço, 80% consideraram a UPA um local adequado para o acolhimento. A mesma percepção foi vista entre 75% daqueles com menos de 2 anos, o que sugere que o acolhimento emergencial não variou significativamente de acordo com o tempo de serviço.

Assim, apesar dos vários desafios, 85,7% dos profissionais consideraram o serviço acolhedor.

Entre os usuários, 91,6% se sentiram acolhidos, reconhecendo o esforço da equipe, mesmo com as condições adversas. Quanto às informações sobre a causa da enfermidade, 50% afirmaram ter sido esclarecida durante o atendimento, porém 50% deixou o serviço sem receber as informações de como se prevenir. Sobre a medicação prescrita, 80% compreenderam seu propósito, modo e tempo de uso, mas apenas 33,3% entenderam os efeitos colaterais subsequentes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A apuração realizada a partir de 5 visitas à UPA, questionário aplicado aos funcionários e aos pacientes no segundo semestre de 2024, e revisão da literatura especializada, revelou que a unidade adota, dentro dos parâmetros possíveis, a prática do acolhimento. O PNH, base teórica do “acolhimento urgente”, é visível em funcionários e usuários, sinalizando um cenário de ajuda emergente. Em sua maioria, usuários consideram o serviço acolhedor, e os profissionais defendem a UPA como espaço de acolhimento, alinhando-se às diretrizes do PNH. Contudo, há limitações como lacunas na atenção primária, superlotação, escassez de equipe e precariedade de insumos, que dificultam a implementação integral do acolhimento. Portanto, a efetivação do acolhimento nas estruturas de urgência em saúde só ocorrerá—de fato—quando as dificuldades acima forem consideradas na construção de todas as etapas nos modelos de cuidado.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização–HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>
- [2] Alves BOOM. Acolhimento | Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/acolhimento/>

ADHERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA SUPLEMENTACION CON SULFATO FERROSO EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO, AÑO 2024

Luz Camila Delgadillo Roman¹

Gladys Damiana Florentin

Guiomar Viveros

Gloria Gonzalez

Deisy Galeano

Catalina Segovia

INTRODUCCIÓN

La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia en el embarazo, mientras que la pérdida aguda de sangre es la principal causa de anemia en el puerperio (1). Los requerimientos de hierro aumentan durante el embarazo, y no mantener niveles adecuados puede tener consecuencias perjudiciales y graves para la madre y el feto en desarrollo (1).

Existe evidencia de que la administración complementaria de hierro aumenta la producción de hepcidina, lo que reduce la absorción de hierro, por lo que se recomienda una ingesta intermitente y solamente una dosis al día para evitar este efecto, además de que ha mostrado reducción en los efectos adversos gastrointestinales (2).

La prevención mediante el uso de multivitamínicos que contienen hierro elemental se ha demostrado efectiva en mujeres embarazadas sin anemia y se recomienda durante todo el embarazo. Cuando la ferritina es menor y/o la saturación de transferrina es menor a 20%, se dice que hay un déficit de hierro en la anemia. Los factores que modifican el tratamiento incluyen la gravedad de la anemia y el estado temporal del embarazo (3).

En Paraguay, según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la anemia ferropénica durante el embarazo, es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Corresponde al 50% de todas las anemias. Hay pocas dudas acerca de los beneficios de suplementar con hierro a las embarazadas en cuanto al incremento de Hemoglobina y Ferritina. La suplementación antenatal de ácido fólico 0.4 mg/día + hierro reduce el riesgo de bajo peso al nacer. La suplementación de múltiples micronutrientes no confiere ningún beneficio adicional sobre el ácido fólico + hierro.

1

Universidad Nacional de Caaguazú. E-mail: luzdelgadillo@fcs.unca.edu.py

OBJETIVO

Determinar la adherencia y los factores asociados a la suplementación con sulfato ferroso en embarazadas que acuden al servicio de Control Prenatal del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2024.

METODOLOGÍA

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la muestra fue de 150 mujeres gestantes mayores de edad quienes aceptaron voluntariamente participar del estudio. Se aplicó una encuesta, por medio de un cuestionario compuesto por 35 ítems y dividido en 4 secciones, en donde se evaluó la adherencia y los factores asociados a la suplementación con sulfato ferroso en embarazadas que acuden al servicio de Control Prenatal.

RESULTADOS

La edad preponderante de las encuestadas fue de 20 a 45 años, donde el 59% se encuentran en el rango de edad de 20 a 29 años, y el 43% de las gestantes se encuentran en un rango de 25 a 40 semanas de gestación, en donde el 49% de las gestantes han mencionado que se encuentran en su segundo embarazo, el 47% refirió tener un hijo nacido vivo, y el 29% refirió que el tiempo transcurrido desde su último embarazo es de dos años. El 40% de las gestantes mencionaron tener dos atenciones prenatales, además el 73% refirieron tener alguna enfermedad en la sangre, el 33% de las gestantes refieren que la medicación les causa alteraciones del sabor (cambios del sabor de los alimentos), el 55% de las gestantes olvida algunas veces tomar la suplementación indicada para el tratamiento anti anémico. Con relación al nivel de adherencia, el 11% tuvo un nivel de adherencia alto, el 31% presentó un nivel medio y el 58% presentó un nivel bajo sobre el tema.

CONSIDERACIONES

La mayoría de las embarazadas presentaron un nivel de adherencia bajo, el mayor porcentaje de las gestantes mencionaron tener dos atenciones prenatales y que la medicación les causa alteraciones del sabor (cambios del sabor de los alimentos), así también, refieren olvidarse de tomar su tratamiento anti anémico. En los factores asociados al consumo de sulfato ferroso, se menciona con respecto a la dificultad de ingerir tabletas, predominantemente no tiene dificultad, en cuanto a la incomodidad del tiempo de medicación, la mayoría de las gestantes no tuvieron incomodidades, además, respecto a la toma de su medicación predomina, no haber olvidado tomar su sulfato ferroso y no tomar otra medicación con el suplemento, con respecto a los efectos adversos, a la gran mayoría les causa alteraciones del sabor (cambios del sabor de los alimentos).

Se puso a consideración de las gestantes, 13 preguntas sobre factores asociados al consumo de sulfato ferroso, en donde los mayores porcentajes registraron que, el 89% no presenta dificultad para ingerir tableta, el 11% si presenta alguna dificultad, el 80% no tiene incomodidad por toma del tiempo de medicación, el 20% si tiene incomodidad, el 54% olvida consumir la dosis de suplementación del

sulfato ferroso, el 46% recuerda de manera periódica, el 59% no acompaña el sulfato ferroso con otro tipo de suplementos o medicamentos, mientras que un 41% si requieren otro tipos de suplementos o medicamentos para llevar el proceso de gestación, el 33% refiere que la medicación le causa alteraciones del sabor de los alimentos, el 17% difiere que les produce un cuadro diarreico, mientras que un 16% difiere que les genera nauseas y ganas de vomitar.

El 100% de los participantes afirma estar conforme con las indicaciones para la suplementación con sulfato ferroso y los efectos adversos, de igual forma, el 100% tiene confianza en su facultativo, el 53% refieren poseer conocimientos sobre la suplementación de sulfato ferroso, el 47% no posee los conocimientos requeridos, el 67% consume este suplemento por recomendaciones que recibieron de alguna persona que conforma su entorno, el 33% lo consume por indicación directa de su médico tratante acordes a las necesidades que presente la paciente durante sus controles.

Por otro lado, el 81% no considera que la medicina tradicional sea la más efectiva, el 19% si considera que la medicina tradicional sea efectiva, el 97% considera que el sulfato ferroso no posee ningún riesgo para el feto, el 3% considera que si posee algún efecto secundario que puede llegar a afectar al feto, el 76% considera que el sulfato ferroso no posee ningún efecto sobre el aumento de peso de la gestante, mientras que el 24% considera que si podría generar un efecto de aumento de peso durante el periodo de gestación.

REFERENCIAS

- (1) Alegría Guerrero RC, Gonzales Medina CA, Huachín Morales FD. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo y el puerperio. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2019;65(4):503-9.
- (2) Rosas- Gonzalez E, Alvarez-Altamirano K, Bejarano-Rosales M, Fuchs-Tarlovsky V, Santoyo-Sánchez A, Ramos-Peñafiel C. The crossing of iron in pregnancy: a way to its deficiency. 2019;20:224-30.
- (3) Ernst D, García-Rodríguez MJ, Carvajal JA. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo de la anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2017;42(1):61-7.
- (4) Organización Mundial de la Salud (OMS). Anemia. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/anaemia>
- (5) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral-OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2020-nuevas-orientaciones-oms-ayudan-detectar-carencia-hierro-proteger-desarrollo>
- (6) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). *Patologías Obstétricas corregido.pdf*. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/progsalud/adjunto/b155f3-PatologiasObstetricascorregido.pdf>
- (7) Elena MRM. Determinantes sociales y efectos adversos que influyen en la adherencia al consumo de sulfato ferroso en gestantes del centro de salud de guadalupe – 2021. 2022; Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/2055/3/MEDINA%20RAMIREZ%20MARIA%20ELENA%20-%20ALDAY%20BRICEÑO%20ERICKA%20KEIT%20JHAN%20JAHIRA.pdf>

- (8) Munares-García O, Gómez-Guizado G. Adherencia al consumo de suplementos de hierro y factores asociados en gestantes peruanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2021;47(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662021000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (9) Arango CM, Molina CF, Mejía CM. Factores asociados con inadecuados depósitos de hierro en mujeres en primer trimestre de gestación. *Revista chilena de nutrición*. 2021;48(4):595-608.
- (10) Rivera Zevallos Y. Factores que influyen en la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo en gestantes del Puesto de Salud Naranjillo, 2014–2015. Universidad de Huánuco. 2023. Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/20.500.14257/428>

AGENTE DE SAÚDE: PROCESSOS DE TRABALHO NO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Fabiana Schneider Pires¹

Andréa Fachel Leal

Mayara Cassimira de Souza

Michele Lavras Pinto

Jonathan Madeira Rocha

Karla Frichembruder

Daniela Riva Knauth

Luciana Barcellos Teixeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) integra o arranjo organizativo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com a finalidade de garantir atenção longitudinal, contínua e integral aos usuários com diferentes necessidades nos distintos territórios. O agente Comunitários de Saúde (ACS) e o Agente de Combate às Endemias (ACE) são os trabalhadores que atuam na linha de frente da APS e são atores importantes na estrutura da Atenção Primária à Saúde e de Vigilância Epidemiológica e Ambiental¹. Este estudo traz dados sobre uma amostra dos estudantes do Programa Saúde com Agente², uma parceria do MS, Conasems e UFRGS. Considerando a importância da atividade executada pelos agentes cabe compreender o processo e percepções que eles possuem sobre o território onde atuam, processos de trabalho e trajetórias profissionais. Os dados se referem à primeira edição dos cursos, no período 2022 – 2023, a partir da formação que visou fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) nos atributos acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade, além da orientação familiar e comunitária e competência cultural. Buscou fortalecer a Vigilância em Saúde ao aperfeiçoar as ações de combate às endemias visando à promoção da saúde.

OBJETIVO

Analisar a percepção dos agentes de saúde (ACS e ACE) sobre o território onde atuam, os seus processos de trabalho e implicações para as ações de cuidado na Atenção Primária e Vigilância em Saúde, bem como sobre as suas trajetórias pessoais e profissionais.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas com estudantes dos cursos técnicos de formação para ACS e ACE do Programa Saúde com Agente (MS/UFRGS/CONASEMS). O projeto foi aprovado pelo CEP UFRGS com parecer 5.679.570. As entrevistas

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: fabianaspires@gmail.com

foram realizadas entre janeiro/2023 e maio/2023; considerando a diversidade dos contextos dos alunos, foram realizadas tanto presencialmente quanto de forma remota nas 5 regiões brasileiras (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste), abrangendo trabalhadores de unidades de saúde dos tipos urbana, rural e ribeirinha. Os dados foram transcritos, categorizados e analisados a partir do referencial da Análise Textual Discursiva que busca construir redes de sentidos e de significados para o material durante o processo analítico.

RESULTADOS

Ao todo foram realizadas 108 entrevistas com ACS e ACE. Existem semelhanças entre trajetórias e características dos processos de trabalho apesar das diferenças regionais do país. Sobre as trajetórias profissionais: a escolha da profissão emerge como oportunidade de mudança de vida; comodidade em trabalhar próximo de casa, a necessidade de conciliar trabalho e tarefas domésticas, as dificuldades financeiras e de deslocamento, a estabilidade do serviço público. Há interesse no trabalho junto à comunidade e destacam-se experiências em ações sociais e associações comunitárias. As agentes destacam experiências anteriores de trabalho: professoras na educação infantil, trabalhadoras domésticas, atendente de supermercado e auxiliar de cozinha. Entre os homens, destacam-se atividades vinculadas ao setor de comércio e serviços, indústrias, office boy, auxiliar administrativo e metalurgia. Sobre o processo de trabalho no território, apontam a importância da ética e empatia para lidar com situações cotidianas, a capacidade de descrição e o sigilo. Ressaltam a capacidade para lidar com pessoas e o “olhar humanizado”. Sobre o território, citam a importância de saberes e técnicas, como o conhecimento sobre a rede interinstitucional, abordagem de casos complexos, o conhecimento prévio da região para “saber onde pisar” e evitar conflitos (com o tráfico de drogas ou com usuários que não desejam assistência). É necessário conhecer as peculiaridades do território, saber negociar com as pessoas no seu entorno. O acesso à educação foi mencionado como muito importante para o trabalho dos agentes, principalmente as oportunidades percebidas como conhecimento técnico de uma formação para o trabalho mas que também são descritas como de realização pessoal.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O trabalho dos agentes de saúde e suas ações de cuidado nos territórios, para além do uso de conhecimento técnico ou protocolos, está permeado por questões culturais e perpassa a diversidade e as múltiplas possibilidades de vínculo com a comunidade nas suas áreas de atuação. Considera-se que o desenvolvimento de habilidades inter-relacionais, além de formação e qualificação com conteúdos adequados para o cuidado, fortalece o papel do agente de saúde na comunidade e amplia a articulação de técnicas e saberes. Por virem de diferentes contextos do mundo do trabalho, a formação profissional em saúde participar da qualificação destes trabalhadores, ampliando seus olhares sobre as questões de vida e de saúde na comunidade onde atuam, fortalecendo também seu papel nas equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Fonseca AF, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. APS em Revista. 2021; 3(3): 210-223.
- (2) Brasil. Portaria GM/MS Nº 569, DE 29 DE MARÇO DE 2021: Altera a Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

“ALCOOLISMO” E “BEBER SOCIALMENTE”: ANALISANDO O USO DE TERMOS LEIGOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Sandra Lúcia Correia Lima Fortes¹

Anna Luiza Barbosa Araujo

Júlia Picanço Bezerra de Menezes Costa

Sean J. Haley

Manoela Salgado

Renata Werneck Vargens

Marina Soares Alves Fernandes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O uso de álcool contribui significativamente para os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) no Brasil. Os estudos mostram que a maior parte da população é abstinência ou de consumo de baixo risco, porém o uso problemático de álcool é elevado, chegando a cerca de 12% da população adulta¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é privilegiada para realizar intervenções de cuidado ao uso problemático de álcool dada sua territorialidade e abordagem centrada na pessoa. Revisões sistemáticas apontam que intervenções breves na APS contribuem para a redução do consumo de álcool, porém, rastreamento, detecção e tratamento são práticas incomuns na APS no Brasil, gerando uma grande lacuna de cuidado ao uso problemático de álcool^{1,2}. Compreender os aspectos culturais relacionados ao cuidado ao uso de álcool pode trazer à luz algumas formas de barreiras de acesso que se relacionam com o aumento desta lacuna.

Tradicionalmente, “beber socialmente” e “alcoholismo” são expressões utilizadas na Saúde para caracterizar o consumo de álcool. Estas expressões carregam representações para além da detecção de transtornos mentais e do cuidado clínico, incorporando um viés moral na abordagem dos pacientes. Entender a contribuição desses conceitos na compreensão do cuidado oferecido àqueles com uso problemático de álcool na APS.

OBJETIVO

Compreender a percepção dos profissionais da APS acerca dessas expressões e seu efeito no cuidado prestado, dado que seus aspectos culturais interferem na construção do cuidado afetando a investigação do uso de álcool, identificação de padrões patológicos de uso e elaboração de estratégias terapêuticas qualificadas.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: sandrafortes@gmail.com

METODOLOGIA

É um estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas de 33 profissionais de nível superior da APS, indicados para uma capacitação sobre a abordagem a pacientes usuários de álcool realizada entre setembro e novembro de 2018, durante as reuniões de equipe das unidades de trabalho.

As entrevistas foram realizadas previamente à montagem da capacitação, para conhecer suas percepções sobre o uso de álcool dos pacientes e os cuidados prestados. Elas incluíam perguntas sobre: informações dos participantes, experiência na unidade, experiência relacionada ao uso de álcool pelos pacientes e danos associados; e fatores culturais relacionados ao uso de álcool, com duas perguntas relativas ao uso de termos leigos: como você define beber socialmente e como você define alcoolismo

Para estudar como aspectos culturais que interferem neste cuidado, analisamos as falas dos profissionais relativas às normas descritivas relacionadas à forma de consumo de álcool. Como expressões indicativas destas normas, selecionou-se duas utilizadas no Brasil: “beber socialmente” e “alcoolismo” sem equivalência com critérios diagnósticos de classificações nosológicas como CID-10 e DSM-V.

RESULTADOS

A partir da leitura das transcrições das entrevistas, emergiram categorias temáticas para cada uma das expressões, algumas específicas para alcoolismo ou beber socialmente e outras comuns, como: limite, controle, consequências negativas, frequência/quantidade e inespecificidade dos termos.

Em relação ao “beber socialmente”, foram encontradas explicações onde este é visto como aceitável e “não problemático”, não sendo caracterizado como doença ou transtorno, dentro de parâmetros socialmente definidos. Torna-se um termo bem aceito no contexto social cultural e remete a um consumo não problemático de bebidas alcoólicas. Porém, é uma expressão imprecisa, com os profissionais reconhecendo sua fragilidade.

Assim, ela pode mascarar um consumo mais grave do que o entendimento cultural sugere. O paciente pode admitir que consome bebidas alcoólicas, mas não se identifica com um padrão prejudicial. Assume-se precocemente como uso não problemático e perde-se a oportunidade de identificar e abordar este tema adequadamente.

Por outro lado, o “alcoolismo” frequentemente foi associado a conceitos de uso problemático e grave, remetendo a um preconceito, discriminação e estigma, aspectos relevantes na abordagem ao uso de álcool criam barreiras e não acrescentam informações precisas.

Observamos que há uma lacuna entre os dois termos, um remetendo à gravidade extrema e outro ao uso não problemático. Entre eles há a falta do devido cuidado ao uso problemático de álcool, com escassez de ações preventivas e detecção precoce de quadros mais graves. Compreender o uso prejudicial do álcool dentro de um espectro de adoecimento, com uma grande variabilidade de características e formas de apresentação, possibilita uma melhor abordagem ao tema em questão².

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Frente à importante lacuna de cuidado ao uso problemático de álcool na APS no Brasil, onde a capacitação dos profissionais constitui um passo fundamental para sua superação, conhecer a forma como este problema é abordado nas consultas é um passo importante para a adaptação cultural das capacitações internacionais existentes.

O uso de termos imprecisos dificulta a abordagem detalhada dos padrões de consumo de álcool. O atraso da detecção precoce traz obstáculos à implementação de intervenções adequadas (como a intervenção breve) desviando a APS de sua tarefa de promoção e prevenção à saúde nesta importante área de cuidado. Este trabalho traz o entendimento de que normas sociais atravessam os profissionais de saúde na compreensão de termos leigos que os circundam, sendo fundamental abordar estes aspectos nas formações para fortalecer a construção de uma comunicação clara e uma adequada avaliação de risco em relação ao uso de álcool.

REFERÊNCIAS

- (1) Guimarães FJ, Fernandes AFC, Pagliuca LMF. Intervenções para enfrentamento do abuso de álcool: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm.* 2005;17(3):1-11. doi: 10.5216/ree.v17i3.29290
- (2) Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2005;1(1):1-10. Doi: 10.11606/issn.1806-6976.v1i1p01-10

AMPLIANDO A CAPACITAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRADO AO USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Sandra Fortes¹

Anna Luiza Barbosa Araujo

Júlia Picanço Bezerra de Menezes Costa

Marina Soares Alves Fernandes

Renata Werneck Vargens

Manoela Alves Salgado

Sean J. Haley

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Estima-se que 12% da população adulta apresenta uso problemático de álcool, porém a oferta de cuidado ainda é insuficiente e se caracteriza como uma das principais lacunas de cuidado em saúde mental. Para superá-la é necessário estabelecer uma abordagem de cuidados compartilhados entre a atenção primária à saúde (APS) e a rede especializada de saúde mental (SM), que necessitam de capacitação adequada para implementar essa integração. As capacitações se iniciaram em 2018 e 2019 em conjunto com a Universidade da Cidade de New York (CUNY), baseadas em materiais da Organização Mundial de Saúde (OMS)^{1,2}. Dura 16 horas em dois dias, espaçados por duas semanas, e fortalece a integração entre a APS e a SM. Aborda dados epidemiológicos relativos ao uso problemático de álcool, mitos e estigmas associados, os padrões de consumo (através de perguntas diretas e do questionário AUDIT) e orienta no uso da entrevista motivacional, usando como metodologia pedagógica exposições dialogadas e discussões de casos clínicos. Inclui discussões sobre os diagnósticos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2), o uso de planos terapêuticos singulares, incluindo psicoeducação, suporte social e tratamento farmacológico. Simulações de atendimento e de registro em prontuário eletrônico visam garantir um cuidado mais eficiente.

OBJETIVO

Relatar a experiência de ampliação de uma capacitação integrada para o cuidado ao uso problemático de álcool na cidade do Rio de Janeiro, qualificando profissionais da APS e rede especializada em SM para fortalecer a identificação precoce, o manejo adequado e a integração entre os níveis assistenciais.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: sandrafortes@gmail.com

METODOLOGIA

A capacitação integrada para o cuidado ao uso problemático de álcool é um projeto de ensino, extensão e pesquisa do Laboratório Interdisciplinar em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em conjunta com a Escola de Saúde Pública da CUNY, a partir de diretrizes e materiais da OMS¹, para construção de um cuidado integrado em rede³. Os primeiros treinamentos de 2018/2019 nas áreas programáticas (AP) 1.0 e 2.2, apontaram a importância de integrar profissionais da APS e da SM na mesma capacitação, permitindo uma melhor comunicação entre os serviços e um atendimento mais coordenado e resolutivo. Em 2022, foi ampliada a capacitação integrada na AP 2.2, capacitando mais 29 profissionais. Os resultados da pesquisa quantitativa sobre os efeitos da capacitação apontou mudança significativa na disponibilidade e capacidade da APS, atuando em conjunto com matriciadores de SM, em detectar e oferecer cuidados adequados aos pacientes com transtornos relacionados ao consumo de álcool. Os participantes apresentaram satisfação com os materiais e os procedimentos que aprenderam (94,2%), um sentimento de conforto ao usá-los em sua rotina (93,4%), consideraram que os materiais relevantes para as necessidades dos seus pacientes (97,4%) e nunca tinha utilizado materiais semelhantes (88,2%). Ampliou-se a triagem de problemas de comportamento com uso de instrumentos e registro dos resultados. As seguintes atitudes melhoraram significativamente: início do trabalho com as Equipes de Cuidados Colaborativos (Apoio Matricial), desenvolvimento de cuidados integrados, incluindo busca ativa de pacientes na comunidade e de planos de prevenção de recaídas para pacientes que apresentaram melhora, além de uma integração de cuidados entre diferentes serviços e profissionais.

Para ampliar as capacitações, após reuniões com a coordenação de saúde mental da AP 1.0 da SMS/RJ, foram realizadas duas turmas em 2023. Foram 71 inscritos, com 39 concluintes, 24 desistentes e 8 ausentes no 2º dia. Os concluintes eram provenientes de 16 unidades da APS, da saúde prisional, de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de unidades de SM, sendo 51,28% da APS, 38,46% da E-Multi, 5,13% da atenção especializada e 5,13% da Atenção Prisional. Destes, 28,2% eram enfermeiros, 20,5% psicólogos, 15,4% médicos, 10,3% assistentes sociais, 7,7% profissionais de educação física e 17,9% declararam ser da E-Multi sem especificar a profissão. Entre os desistentes, a maioria eram advindos da APS, sendo enfermeiros (41,67%), 37,5% de médicos e 20,83% da E-Multi, sem ocupação informada. Entre os não concluintes (só vieram 1 dia) em relação ao serviço de origem, 50% eram da APS, 25% da atenção especializada, 12,5% da E-Multi e 12,5% da atenção prisional, sendo 50% médicos, 37,5% psicólogos e 12,5% assistentes sociais. Há necessidade de investigar a razão pela qual esses profissionais não concluíram o curso apesar do apoio da gestão para sua participação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A capacitação conjunta amplia a comunicação entre profissionais de níveis assistenciais distintos, sendo uma experiência única (em geral os treinamentos são segmentados por níveis de cuidado) que promove a construção de uma rede integrada. Verificou-se uma dificuldade na adesão

ao curso dos profissionais da APS (médicos e enfermeiros) talvez pela extensão (16 horas) do curso. Concomitantemente, tem ocorrido uma expansão desta capacitação para outras regiões do país pela sua inclusão em cursos de saúde mental na APS em modelos presenciais e online que também abordam outras condições clínicas em saúde mental. Os principais impactos são: a inclusão da abordagem ao consumo de álcool no cuidado geral em SM na APS, a maior disponibilidade para cuidar destes pacientes pelas equipes da APS e o fortalecimento de um modelo de cuidado integrado em rede, garantindo maior resolutividade na atenção ao uso problemático de álcool e superação desta lacuna de cuidado, que é a maior do país.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana da Saúde. MI-mhGAP Manual de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e Outras Drogas na Rede de Atenção Básica à Saúde. 2.ed. Brasília, DF: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49096/9789275719572-por.pdf>.
- (2) Rio de Janeiro (Município). Secretaria de Saúde. Guia de Referência Rápida: Álcool e Outras Drogas – Tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Rio de Janeiro: SMS-RJ; 2016. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176314/GuiaAD_reunido.pdf
- (3) Haley SJ, Athié K, Wyka KE *et al*. Implementation Protocol To Increase Problematic Alcohol Use Screening and Brief Intervention in Brazil's National Health System. *Int J Ment Health Addiction*. 2019;19:72–90. doi: 10.1007/s11469-019-00127-9

ANÁLISE CIENCIOMÉTRICA SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS: DO USO POR POVOS TRADICIONAIS ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Andreia Vieira dos Santos¹

Cristian dos Santos Pereira

Mariana dos Santos Guimarães

Stefany Silva Barbieri

Suellen Chaves de Lima Rebelo

Everton Luiz Pompeu Varela

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As plantas medicinais desempenham um papel central nas práticas de saúde de populações tradicionais, como indígenas e ribeirinhos, especialmente na região amazônica. Essas comunidades detêm um conhecimento ancestral sobre a flora local, utilizando-a para prevenir e tratar diversas enfermidades. Essas plantas são empregadas no tratamento de condições, como, problemas hepáticos, gastrite e inflamações em geral (1). O conhecimento etnobotânico dessas comunidades não se restringe ao uso medicinal das plantas, mas também abrange aspectos culturais e espirituais. A transmissão desse conhecimento ocorre predominantemente de forma oral, através de gerações, o que ressalta a importância de iniciativas que visem documentar e preservar esses saberes (2). Estudos etnobotânicos têm contribuído para o reconhecimento e valorização dessas práticas, além de oferecer subsídios para pesquisas farmacológicas (1,2). Contudo, é fundamental que o uso dessas plantas seja acompanhado de orientações adequadas e com base científica, considerando possíveis interações e contraindicações. A integração dos saberes tradicionais com a medicina convencional, por meio de políticas públicas inclusivas, pode promover uma assistência à saúde mais abrangente.

OBJETIVO

Mapear de forma global trabalhos sobre plantas medicinais e uso por povos tradicionais.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise cienciométrica na Web of Science Core Collection (WoS-CC) utilizando uma chave de busca específica (3). As buscas e seleções dos artigos foram realizadas por dois pesquisadores independentes. Apenas artigos de pesquisa originais e artigos de revisão que abordassem diretamente sobre plantas medicinais e uso por povos tradicionais como objeto de estudo foram selecionados, sem restrições de tempo ou idioma. Após a seleção dos artigos, eles foram exportados do WoS para um documento do Microsoft Excel® para obtenção dos seguintes dados: título do artigo, ano de publicação, autores, número de citações e palavras-chave. Após a leitura do título e resumo dos

1

Centro Universitário da Amazônia. Email: andreiavieirads@gmail.com

estudos selecionados, foram incluídos manualmente no Excel® extraído o desenho do estudo, país de cada estudo, representado por meio de um mapa criado online (<https://mapchart.net/>, acessado em 4 de janeiro de 2025). Foi gerado um arquivo TXT na WoS para ser utilizado no software Visualization of Similarities Viewer (VOSviewer 1.6.16). Além disso, utilizamos o Excel® para gerar gráficos referentes as revistas mais citadas, número de publicações e citações dos artigos selecionados.

RESULTADOS

A busca resultou num total de 48 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados apenas 28 artigos. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2009 a 2024, somando um total de 447 citações. O autor com maior quantidade de documentos, foi Kanazaki, N, com três, somando 76 citações. Já o autor que obteve a maior quantidade de citações (n = 121), foi de-Oliveira AC, em apenas um documento. As palavras chaves com maior ocorrência dentro dos artigos selecionados, foram: medicinal-plants (n = 7), ethnobotany (n = 6), medicinal plants (n = 5) e essential oil (n = 4). O país com maior número de documentos, foi o Brasil (n = 22), totalizando 345 citações. A revista “Journal of Ethnopharmacology” foi a que mais teve artigos representados (n = 5), seguida de “Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine” (n = 3) e PlosOne (n = 2). Os tipos de estudos que mais apareceram entre os artigos, foram, estudos observacionais (n = 12), revisão da literatura (n = 9) e estudo in vitro (n = 4). Observamos ainda que a maioria dos estudos tratam de uma intersecção entre etnobotânica, farmacologia, medicina tradicional, questões culturais, e desafios éticos relacionados ao uso de plantas medicinais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os artigos refletem uma forte ênfase no estudo e valorização do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais, especialmente em comunidades indígenas e locais. As pesquisas destacam a importância de integrar esses saberes à medicina moderna, explorando suas propriedades antimicrobianas e farmacológicas. Além disso, abordam questões éticas como bioprospecção e biopirataria. A preservação e transmissão desses conhecimentos, bem como o papel das mulheres nesse contexto, são fundamentais para a sustentabilidade e inovação na saúde pública e nas práticas médicas contemporâneas.

REFERÊNCIAS

- (1) Vásquez SPF, Mendonça MS de, Noda S do N. Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru, Amazonas, Brasil. *Acta Amaz.* 2014 Dec;44(4):457–72.
- (2) Souza MJC, Lobato SLX, Menezes RADO. Conhecimento tradicional de plantas medicinais na comunidade ribeirinha do Igarapé Banha no Município de Mazagão brasileira. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2019 Mar 30;9(1):51.
- (3) Montazeri A, Mohammadi S, M.Hesari P, Ghaemi M, Riazi H, SheikhiMobarakeh Z. Preliminary guideline for reporting bibliometric reviews of the biomedical literature (BIBLIO): a minimum requirements. *Syst Rev.* 2023 Dec 15;12(1):239.

ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Maíra Marcelino¹

Maria Gabriela Lemos Alves de Carvalho

Maria Karoliny dos Santos Paes Furlanetto

Fábio Henrique da Silva

Maísa Melara e Kathleen Tereza da Cruz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção às Urgências surgiu em 2002 com o propósito de solucionar o expressivo aumento da busca por atendimentos em níveis terciários, pela população, para casos de urgência e emergência. Entre as estratégias dessa política, destaca-se a implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)¹. Em 2003, observou-se a necessidade de reorganizar a gestão em saúde, nos níveis de atenção, para assegurar todos os direitos preconizados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários. Assim, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), com objetivo de humanizar e valorizar o vínculo entre usuários, profissionais e gestores do SUS². Essa política destaca positivamente a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços, como um mecanismo eficiente na organização do atendimento¹. A Classificação de Risco utiliza protocolos para a identificação da situação de risco do paciente, enquanto o Acolhimento usa a escuta ativa e a criação de vínculo³. Um protocolo comumente utilizado é o Protocolo Manchester (MTS), no qual os níveis de urgência são separados em cinco categorias, por cor e tempo estimado de atendimento ao paciente³. Dessa forma, a aplicação do protocolo pelos profissionais auxiliaria na continuidade da assistência, garantindo o atendimento equânime.

OBJETIVO

Compreender e analisar a execução do Protocolo Manchester conforme as diretrizes do governo do Rio de Janeiro e sua relação com o fluxo de usuários durante o atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento, localizada no Estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo coordenado por cinco acadêmicos do curso de Medicina, sob supervisão de duas docentes da universidade. O período de avaliação ocorreu de agosto a outubro de 2024, realizado em duas etapas distintas. A primeira, adotando a metodologia de observação participante⁴, que consistiu na imersão e criação de vínculo dos discentes com o estabelecimento de saúde, visando a compreensão da realidade desta unidade de saúde. E, posteriormente, uma entrevista

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: mairamarcelinosilva@gmail.com

semiestruturada contendo três perguntas abertas e norteadoras, com dez profissionais atuantes na unidade de saúde, que por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) consentiram sua participação voluntária, além do preenchimento dos critérios de inclusão do estudo: ser profissional atuante na UPA analisada e concordar com a participação no estudo. Os dados foram coletados em diferentes momentos, utilizando instrumentos como diário do pesquisador e gravador, sendo posteriormente tratados, organizados e analisados qualitativamente. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética com o parecer nº 5.527.563.

RESULTADOS

Os resultados revelam diversos obstáculos identificados no processo de trabalho da UPA, como a compreensão e utilização inadequada do Protocolo Manchester pelos profissionais, assim como a ausência de treinamento disponível para a capacitação da equipe multidisciplinar em relação à classificação de risco. Outro obstáculo foi a escassez de trabalhadores, insumos e infraestrutura em diversas áreas da unidade, como a ausência de uma área física destinada ao acolhimento, comprometendo o atendimento proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH)². Além disso, foi possível observar que o intenso fluxo de usuários comumente não se enquadra nos casos de urgência e emergência, o que resulta na sobrecarga da equipe e, conseqüentemente, na redução da eficiência do atendimento aos usuários. Observou-se, também, a ruptura indesejada do acolhimento e da classificação de risco no serviço, mesmo com a recomendação da PNH para associação desses dois conceitos². Dessa forma, tais situações influenciam e impactam negativamente na qualidade do serviço prestado ao paciente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Considerando a metodologia utilizada, é notório que a UPA em questão apresenta “ruídos” relacionados ao fluxo dos usuários e sua classificação de risco. Tais problemas estão associados a não concordância plena com o MTS³, à falta de recursos humanos e materiais e às dificuldades de manutenção do vínculo entre profissionais e usuários. Durante o processo de pesquisa, destacou-se a necessidade de integração entre a aplicação dos protocolos de classificação de risco e a ferramenta do acolhimento nos serviços de urgência e emergência. Além disso, é fundamental que todos os trabalhadores da equipe sejam orientados para a utilização da classificação de risco, seguindo as mesmas diretrizes², bem como mantenham uma escuta ativa do sofrimento dos usuários, em concordância com a PNH.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 1600/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. 2011 Jul 7; Seção 1.
- [2] Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009

- [3] Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03318.
- [4] Queiroz DT, Ferreira Filha MO, Monteiro ARM, Vieira NFC, Sousa FS. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. Enferm. UERJ*. 2007;15(2):276–83.

ANÁLISE DE PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMO DISPOSITIVOS FORMATIVOS PARA O SUS

Brenda Feitosa Lopes Machado¹

Juliana Sampaio

Tiago Salessi Lins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O SUS tem a responsabilidade de direcionar as ofertas de formação em saúde, alinhadas às necessidades do sistema e às demandas das comunidades. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), visa promover processos educativos que estimulem a reflexão crítica dos/as profissionais e a solução de desafios no dia a dia dos serviços de saúde. [1]

As escolas de Saúde Pública (ESP) têm desempenhado papel crucial na formação de profissionais do SUS, oferecendo cursos, especializações e residências, além do fomento de pesquisas. [2]

As especializações em nível de pós-graduação têm adotado metodologias dialógicas e participativas, baseadas em experiências no SUS e na Educação Popular. Metodologias ativas, como projetos de intervenção (PI), têm sido utilizadas para integrar teoria e prática, incentivando a resolução de problemas e o desenvolvimento de soluções inovadoras nos processos de saúde. [3]

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar as contribuições da produção de PI como estratégia pedagógica, no âmbito das metodologias ativas e da aprendizagem significativa, problematizadora e comprometida com mudanças efetivas nos processos de trabalho do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal e descritivo-analítico, com abordagem qualitativa, baseado na análise documental dos Projetos de Intervenção (PI) produzidos pela turma 1 do Curso de Especialização em Saúde da Família, com ênfase no cuidado materno-infantil, ofertado pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB)[4], entre 2022 e 2023.

O curso, promovido presencialmente nos 223 municípios paraibanos, foi destinado a gestores/as e trabalhadores/as da Atenção Básica (AB) com formação de nível superior. Utilizando metodologias ativas e educação permanente em saúde, o curso teve como avaliação final a elaboração dos PI, construídos em equipe a partir de diagnóstico situacional, visando resolver problemas reais dos territórios.

1 Universidade Federal da Paraíba. E-mail: lopes_brenda@outlook.com

Os PI foram categorizados por diferentes critérios (tema, apresentação em congresso, implementação, local, público-alvo, objetivos, atividades e resultados). A análise foi descritiva e interpretativa, com base na literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da ESP-PB (CAAE: 62217822.6.0000.5186).

RESULTADOS

O curso formou 180 profissionais, atingindo 23 municípios e as três macrorregiões do estado. A construção dos PI foi estimulada por oficinas ao longo do processo formativo, alinhadas à estrutura pedagógica do curso, não sendo um produto final isolado. Os grupos foram formados por afinidade, o que favoreceu a imersão no território e o engajamento.

Em sete municípios houve mais de um PI e, em outros, articulação intermunicipal. Foram produzidos 35 PI: 25 (72%) implementados total ou parcialmente e 10 programados para execução posterior. Municípios de diferentes regiões de saúde e com perfis de rede de atenção e porte populacional diversos implementaram e não implementaram PI, sugerindo que a implementação ou não dos PI tem maior relação com o processo pedagógico vivido pelos/as educandos/as, do que com a realidade local. Este dado é relevante, pois a execução do PI favorece a exequibilidade das ações e o desenvolvimento de competências, criatividade e resiliência. [5] Dentre os PI executados, 05 (20%) envolveram outros atores da AB. Dos PI, 16 (45,7%) foram apresentados no I Congresso de Atenção Primária à Saúde—CPAPS, com 3 premiados.

Os PI classificaram-se, de acordo com a temática trabalhada, em: 12 (34,3%) de Educação e Promoção da Saúde; 14 (40%) de Atenção à Saúde; e 09 (25,7%) de Gestão do Cuidado. A elaboração e implementação destes objetivou o desenvolvimento de práticas colaborativas, intersetoriais e inovadoras, com base na Aprendizagem Baseada em Projetos (ABP), dentro das metodologias ativas. [6] Os temas dos PI estiveram alinhados ao conteúdo programático do curso, com foco na Saúde da Família e ênfase no cuidado materno-infantil, evidenciando a articulação teoria-prática e promovendo mudanças concretas na qualidade da atenção básica dos municípios envolvidos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O curso conseguiu estimular a reflexão-ação sobre o cuidado na Estratégia de Saúde da Família, com ênfase na atenção materno-infantil. Os PIs se apresentaram como estratégias pedagógicas promissoras para a produção de habilidades e competências de forma coletiva e comprometida com a transformação da realidade concreta do SUS. No entanto, é importante desenvolver dispositivos pedagógicos que garantam a execução de todos os projetos ao longo do processo formativo, no sentido de garantir a efetivação das aquisições previstas no processo de implementação dos projetos e a intervenção efetiva sobre a realidade que se busca qualificar. Para tanto, sugere-se o acompanhamento contínuo das ações implementadas com suporte necessário para a efetivação das iniciativas, promovendo mudanças que tenham impacto na formação dos/as profissionais e na realidade das práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] 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: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- [2] França T, Magnago C, Belisário SA. Diagnóstico situacional das Escolas de Saúde Pública da rede SUS. Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: desafios agudos e crônicos. Guarujá: Científica Digital; 2021.
- [3] Nascimento JL, Feitosa RA. Metodologias ativas, com foco nos processos de ensino e aprendizagem. Res Soc Dev. 2020;9(9).
- [4] Paraíba. Escola de Saúde Pública. Plano de Curso: Especialização em Saúde da Família com ênfase na atenção materno infantil. João Pessoa: Secretaria de Saúde; 2022.
- [5] Marques MLA, Moura AS, Lopes PA, Miranda MAL. Educação em saúde por meio de projeto de intervenção. Cad RCC. 2020;7(4).
- [6] Monteiro BBS, Nascimento ERS, Leite DF, Matsumura ESS. Percepção acadêmica sobre metodologias ativas: um relato de experiência na criação de videoaulas por meio da Aprendizagem Baseada em Projetos. Res Soc Dev. 2021;12(1).

ANÁLISE DO EXERCÍCIO DO SUPORTE BÁSICO A VIDA POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Bárbara Bueno Pereira¹

Márcio Cristiano de Melo

Felipe Panaino

Naila A. de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um incremento significativo no número de óbitos tanto no cenário brasileiro quanto mundial, sendo uma das principais causas de mortalidade independente da faixa etária. No Brasil, estima-se que cerca de 400 mil pessoas morram anualmente por causas cardiovasculares, o que corresponde a aproximadamente 30% de todas as mortes no país [1]. Dessa maneira, a ressuscitação cardiopulmonar se mostra como um procedimento de extrema importância, visto que há uma crescente na taxa global de paradas cardiorrespiratórias e, com isso, uma redução na taxa de sobrevivência de pacientes que não recebem o suporte básico de vida (SBV) precoce e adequadamente.

Nesse cenário, o SBV na atenção primária à saúde (APS) deve ser realizado de maneira acolhedora, resolutiva e rápida, uma vez que essa rede de assistência é a porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS) [2, 3]. Com isso, nota-se a importância da preparação dos profissionais da atenção primária para realização do suporte básico de vida, para que seja oferecido aos pacientes um atendimento rápido e eficiente [4, 5]. Sob essa ótica, o levantamento das informações acerca da preparação desses profissionais se mostra relevante para o entendimento a respeito da qualidade da preparação de equipes multidisciplinares aptas a oferecer esse suporte essencial à manutenção da saúde [6]. Dessa forma, a avaliação acerca do atendimento do SBV é fundamental para mensurar a efetividade e o preparo dos profissionais no atendimento de paradas cardiorrespiratórias.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar as evidências científicas e estudos no que se refere ao suporte básico de vida executado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, com o intuito de avaliar e mensurar o preparo desses especialistas na realização das técnicas corretas para ressuscitação cardiorrespiratória, assim como o preparo do ambiente para a realização desses procedimentos.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo será a revisão integrativa da literatura que agrupa os resultados obtidos em pesquisa sobre a temática conhecimento dos profissionais de saúde da APS no

suporte básico de vida. O levantamento foi conduzido nas seguintes plataformas indexadas, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), plataforma EBSCO, Google Acadêmico e PubMed no período de 2014 e 2024. Para a listagem de artigos foram usados 4 descritores: suporte básico de vida (SBV), conhecimento em suporte básico de vida, atenção primária à saúde (APS), profissionais de saúde. todas as buscas com descritores foram ligadas pela junção da álgebra booleana AND (suporte básico de vida) AND (atenção primária) AND (conhecimento) AND (profissionais de saúde). Foram considerados artigos das seguintes nacionalidades, Brasil, Portugal, Israel e Território Palestino. Um total de 20 artigos dentro dos parâmetros de temática e período de tempo foram localizados, com 15 sendo incluídos e 5 excluídos devido à duplicidade entre plataformas.

RESULTADOS

A análise dos estudos selecionados revela que 13,3% (n=2) abordaram especificamente a utilização de cenários de simulação de suporte básico de vida (SBV) voltados a profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto brasileiro. Além disso, 20,0% (n=3) dos trabalhos evidenciaram lacunas no conhecimento desses profissionais sobre o SBV, sendo dois estudos desenvolvidos no Brasil e um em Portugal. Verificou-se ainda que 33,3% (n=5) dos artigos avaliaram diretamente o nível de conhecimento dos profissionais atuantes na APS brasileira. No que tange à formação profissional, 13,3% (n=2) destacaram a necessidade de capacitação específica para a realização adequada do SBV, com evidências oriundas de Portugal e da Faixa de Gaza. Outros 13,3% (n=2) apontaram deficiências estruturais e ausência de materiais essenciais como obstáculos à implementação do SBV na APS, sendo um estudo conduzido no Brasil e outro em Israel. Por fim, 6,7% (n=1) relataram que a insegurança dos profissionais da saúde compromete a efetividade do atendimento às paradas cardiorrespiratórias. Esses achados, em conjunto, evidenciam uma fragilidade sistêmica no preparo e na resposta da APS frente a situações emergenciais que requerem intervenções imediatas de suporte básico de vida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo concluiu que os profissionais das equipes multidisciplinares da atenção primária à saúde necessitam de melhor capacitação e treinamento para o atendimento do suporte básico de vida, de forma constante e que permita a superação do atual estado de fragilidade tanto de conhecimento quanto de preparo para realização do SBV. Em adição, faz-se necessário cenários de treinamento regular que visem garantir que os profissionais desenvolvam o preparo e a confiança necessários para o atendimento eficaz de paradas cardiorrespiratórias, com a finalidade de mitigar possíveis sequelas provenientes de atendimentos inadequados. Outrossim, fomentar a adequação das unidades básicas de saúde com materiais e equipamentos que possam fornecer estrutura apropriada para permitir a eficácia para o atendimento do SBV.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular. Brasil 2023. Arq Bras Cardiol. 2023;120(6):e20230515.
- [2] 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 set 22; 183 (seção 1):68.
- [3] Melo MCB. Urgência e emergência na atenção primária à saúde. Brasília, DF: UNA-SUS; 2011.
- [4] Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização De Redes Regionais De Atenção à Saúde No Brasil. Saúde Soc. 2011; 20: 867-74
- [5] Paim JS. Sistema Único De Saúde (SUS) Aos 30 Anos. Ciênc Saúde Colet. 2018;23:1723-8.
- [6] Omena MBSF et ta. Educational Intervention Concerning Urgency And Emergency In Primary Health Care. 2019.

ANÁLISE DO PERFIL E PADRÃO DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL DE 2009 A 2021: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Roberto Martins de Oliveira¹

Vitor Rafael Gomes

Michelli Carolliny de Oliveira

Lucídio Andrade de Assis Neto

Lucas Marques Angelim

Caio Vieira de Barros Arato

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é um fenômeno complexo e multifatorial, caracterizado como uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública de grande magnitude, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde [1]. Estima-se que aproximadamente 30% das mulheres com 15 anos ou mais tenham sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo ao longo da vida, resultando em impactos significativos na saúde física e mental das vítimas, bem como em consequências sociais e econômicas que afetam toda a sociedade [2].

No Brasil, a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher foi estabelecida pela Lei nº 10.778, de 2003, tornando obrigatória a comunicação dessas ocorrências pelos serviços de saúde [3]. Em 2009, o Ministério da Saúde implementou o Formulário de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais, permitindo uma maior padronização na coleta de informações e contribuindo para a caracterização do perfil epidemiológico da violência no país [4].

Diante desse cenário, compreender o perfil das vítimas, os tipos de violência sofridos e os encaminhamentos realizados pelos serviços de saúde é fundamental para a formulação de políticas públicas e para o fortalecimento da rede de proteção à mulher.

OBJETIVO

Analisar o perfil da violência contra a mulher no Brasil com base nas fichas de notificação compulsória e seus desfechos no período de 2009 a 2021.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal baseado na análise de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. O período do estudo

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: dr.robertomartinsdeo@gmail.com

compreende as notificações de VCM registradas entre janeiro de 2009 e dezembro de 2021, totalizando 13 anos de observação. A escolha desse período justifica-se pelo início da padronização da notificação compulsória de violência contra a mulher em 2009 e a necessidade de incluir o maior período possível de dados até o momento da pesquisa

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e foi realizada regressão de Poisson com variância robusta para verificar associações entre os tipos de violência (física e psicológica) e as variáveis independentes. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas nos modelos múltiplos de regressão de Poisson, ajustados pelo Critério de Quasi-verossimilhança sob Independência (QIC). No modelo final, foram mantidas apenas as variáveis com significância estatística ($p \leq 0,05$) após ajuste. As análises foram realizadas no software estatístico R, adotando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Entre 2009 e 2021, foram analisadas 2.872.993 notificações de VCM no Brasil. A violência foi mais prevalente entre mulheres adultas (57,3%), com ensino médio completo ou incompleto (46,9%) e autodeclaradas brancas (40,0%). Gestantes corresponderam a 3,8% dos casos, 37,3% das vítimas eram solteiras e 10,0% apresentavam alguma deficiência. A maioria das notificações ocorreu na região Sudeste (46,1%). O uso suspeito de álcool pelo agressor foi identificado em 23,0% dos casos. A violência física representou 36,3% das notificações, sendo mais comum entre adultos (PR=1,24), indígenas (PR=1,33) e nos casos com agressores irmãos (PR=1,29) [3]. A violência psicológica/moral esteve presente em 3,9% das notificações e foi mais frequente entre idosos (PR=1,89), casadas (PR=1,20), separadas (PR=1,21) e mulheres vítimas de ex-parceiros (PR=1,56) [4]. Casos de violência psicológica tiveram maior encaminhamento para serviços especializados como Ministério Público (PR=2,00) e serviços de atendimento à mulher (PR=2,51). A distribuição regional mostrou maior incidência de violência no Sudeste e menor no Centro-Oeste.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os achados reforçam a magnitude da violência contra a mulher no Brasil, evidenciando padrões de vitimização por idade, escolaridade, etnia e relação com o agressor. Destacam-se a vulnerabilidade de mulheres com baixa escolaridade e a subnotificação possivelmente associada a desigualdades raciais. A alta taxa de agressões físicas e psicológicas alerta para a necessidade de ações preventivas e fortalecimento da rede de atendimento. Melhorias na notificação e integração dos serviços são fundamentais para um enfrentamento mais efetivo da violência.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report. Geneva: WHO; 2021.
- [2] Sardinha L, Giroux M, Stockl H, Meyer SR, Moreno CG. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*. 2022;399:803-13.
- [3] 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 atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 2003 nov 25; Seção 1:11.
- [4] Silva LEL, Oliveira MLC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 Jun;25(2):331-42.

ANÁLISE QUALITATIVA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE MACAÉ ENQUANTO CENTRO DE REFERÊNCIA DE DENGUE

Marina Barcelos de Oliveira Lopes¹

Hanna Karen Bastos dos Santos

Luiza de Assis Carvalho Araújo

Antônio Lucas Cavalcante da Fonseca

Carolina Hanae Yoshimoto

Matheus Trezza da Silva Clavery Pacheco

Kathleen Tereza da Cruz

Maísa Melara

Laura Carneiro da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A dengue, arbovirose endêmica no Brasil, tem apresentado crescimento epidêmico preocupante nas últimas décadas, com impacto direto nos sistemas de saúde em países tropicais. Em 2024, o estado do Rio de Janeiro registrou mais de 170 mil casos de dengue apenas no primeiro trimestre, declarando estado de epidemia [1]. O município de Macaé, interior do Rio de Janeiro, apresentou cerca de cinco mil casos prováveis e dez óbitos confirmados nos seis primeiros meses de 2024 [2]. Em meio a esse cenário, foram adotadas medidas emergenciais, entre elas a transformação de algumas unidades de saúde da cidade como Centro de Referência de Dengue. Discorrer sobre os aspectos qualitativos e quantitativos relacionados ao manejo clínico nesse tipo de unidades é fundamental para validar essa nova organização frente a um cenário de crise epidemiológica.

OBJETIVO

Analisar a efetividade da nova dinâmica e a percepção dos pacientes sobre a mudança da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Macaé para um Centro de Referência de dengue.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva, baseada em observações e entrevistas realizadas entre março e abril de 2024 na UPA. A atividade foi conduzida por alunos do segundo período de Medicina da UFRJ – Macaé, no contexto da disciplina Saúde da Comunidade II. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Protocolo nº 53249921.9.0000.5699), e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 perguntas, sendo 12 objetivas em escala de Likert e uma discursiva. Ao todo foram entrevistados

16 usuários que deveriam avaliar categorias pré-definidas (atendimento, tempo de espera e satisfação geral) e um profissional da gestão. Para compreensão dos dados foram realizadas revisões bibliográficas nas bases BVS, PubMed, Scielo e Google Acadêmico.

RESULTADOS

A decisão para implementação de um centro de referência de dengue em Macaé ocorreu por meio da portaria GM/MS Nº 3140 emitida pelo Ministério da Saúde em 2 de fevereiro de 2024 [3], determinando o Centro de Operações de Saúde Pública para Dengue e outras Arboviroses como um modo de gestão coordenada da situação epidemiológica enfrentada no país. Com isso, foram implementados Centros de Referência em várias unidades de saúde da cidade, sendo realizadas algumas mudanças estruturais, como ampliação do número de salas de hidratação e de observação. As entrevistas realizadas com os usuários de uma das UPAs de Macaé, mostraram que apenas 50% possuíam sintomas da dengue quando frequentaram a unidade enquanto Centro de Referência. Dentro desse público, 43% consideraram o tempo de espera satisfatório e, no grupo sem sintomas de dengue, a maioria (66,6%) também avaliou com satisfação o tempo de espera. Observou-se que cerca de 100% dos entrevistados ficaram satisfeitos com o atendimento na recepção e na triagem e a forma como o paciente é recebido é crucial para promover um ambiente mais acolhedor e melhorar o bem-estar dentro da unidade de saúde, juntamente a isso, o aviso prévio de possíveis demoras pode ter contribuído para tal avaliação. Desse modo, os resultados mostraram que a mudança da Unidade de Saúde para um Centro de Referência obteve sucesso, pois até o mês de outubro de 2024 não foram relatadas mortes por dengue na cidade de Macaé [4].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A reorganização da UPA como Centro de Referência de Dengue em Macaé demonstrou impacto positivo tanto na contenção da epidemia quanto na satisfação dos usuários. A experiência do usuário revelou pontos fortes como o acolhimento inicial e triagem. O estudo evidencia a importância de estratégias territoriais integradas ao sistema de vigilância em saúde, bem como o protagonismo do usuário como fonte essencial de avaliação dos serviços de saúde durante situações emergenciais. Portanto, foi possível reconhecer que o plano de intervenção foi resolutivo dentro do cenário de epidemia de dengue e possibilitou maior rapidez nos atendimentos e no tratamento dos casos mais severos.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasília. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento das Arboviroses. Brasília, DF: MS; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>

- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.140, de 2 de fevereiro de 2024. Institui o Centro de Operações de Emergências de Saúde Pública para Dengue e outras Arboviroses. Diário Oficial da União. 2024 fev 2.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento das Arboviroses: atualização dos casos de arboviroses em 2024. Brasília, DF: MS; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>

ANÁLISIS DE GUÍAS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PAÍSES SUDAMERICANOS

Priscilla de Cesaro Antunes¹

María Rosa Corral-Vázquez

Claudia Cortés-García

Laura Pagola

Tatiana Castillo

Rodrigo Soto-Lagos

Edwin Alexander Canon-Buitrago

Fernanda Ramos Parreira

Leonardo Trápaga Abib

Heitor Martins Pasquim

INTRODUCCIÓN

En este trabajo, analizamos documentos oficiales de actividad física de países sudamericanos, desde una perspectiva decolonial. Esta perspectiva presupone hacer la crítica al colonialismo¹ en dirección a una refundación del pensamiento en salud que toma como referencia la soberanía regional sanitaria² y la ciencia intercultural³.

La promoción de actividad física está en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de cierta forma valorizando las prácticas corporales/actividad física como un elemento importante para la salud humana y para la salud pública. Aunque se reconoce que las recomendaciones prescriptivas y normativas en Américas reproducen desigualdades sociales, el slogan “*Every Move Counts*”⁴ sigue siendo difundido e incorporado en las políticas nacionales y locales.

La formulación de directrices nacionales es una de las estrategias de promoción de actividad física a nivel poblacional impulsada en los países miembros de la OMS. Sin embargo, es preciso reconocer que existen diferentes condiciones de vivir la vida y distintas formas de comprender las relaciones entre actividad física y salud, en medio de disputas corporativas y teorías sociales. A pesar de ello, hay pocas publicaciones académicas dedicadas al estudio decolonial de estas iniciativas^{5,6}.

OBJETIVO

Analizar las relaciones entre actividad física y salud en documentos oficiales de promoción de la actividad física publicados por los Ministerios de Salud de países sudamericanos, desde una perspectiva decolonial.

1 Universidade Federal de Goiás. E-mail: ri.antunes@ufg.br

METODOLOGÍA

Realizamos una investigación documental y exploratoria. Las fuentes seleccionadas fueron 10 documentos oficiales de los Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela con énfasis en las políticas de promoción de la actividad física.

La búsqueda en los sitios web de los ministerios se realizó con las palabras claves “actividad física”, “guía de actividad física” y “promoción de la salud”, de marzo a junio de 2023, resultando 40 documentos, como normas, decretos, planes y documentos técnicos (manuales, guías, folletos).

Se seleccionó un documento por país, siendo los criterios de inclusión los de una guía/manual de actividad física, preferentemente dirigida a la población general. En su defecto, se seleccionó el que más se acercaba a estas características.

La producción de datos buscó los conceptos y recomendaciones de actividad física y salud presentes en los documentos. El análisis de contenido mantuvo un enfoque cualitativo y de investigación social en tres etapas: ordenamiento, clasificación y análisis de los datos. Los investigadores discutieron exhaustivamente la composición de los datos hasta llegar a un consenso.

RESULTADOS

Las guías tienen por objetivo, aumentar los niveles de actividad física en función de la acumulación de minutos. Los documentos detallan la cantidad y tipos de actividad física recomendados por ciclo de vida, que se asocian con beneficios físicos y psicológicos.

En general, los documentos no presentan conceptualizaciones de salud, sino que abordan aspectos biológicos e individuales, utilizando vocabulario biomédico para explicar procesos complejos relacionados con la salud. El riesgo de enfermar se atribuye a la falta de actividad física, sola o como parte de un conjunto de factores y estilos de vida considerados no saludables, de modo que las condiciones de vida y la estructura social no aparecen asociadas a la salud, desconociendo las desigualdades sociales y la realidad injusta y excluyente de los países latinoamericanos.

En resumen, es posible identificar tres aspectos principales que delimitan las relaciones entre actividad física y salud en los documentos: la responsabilidad individual por la práctica de actividad física y por la propia salud; centrarse en la construcción de estilos de vida activos como respuesta a procesos complejos de enfermedad; idea de causalidad lineal entre actividad física y salud.

Aunque la evidencia muestra que la práctica de actividad física ha marcado diferencias multidimensionales expresadas por ingresos, género, raza, etnia, educación y generación, las guías tienden a reproducir el modelo explicativo multicausal de la salud, así como las recomendaciones internacionales de la OMS, prevaleciendo el enfoque consejero-prescriptivo. Contradictoriamente, la OMS propugna el concepto de Determinantes Sociales de la Salud, pero reproduce la matriz causal, biológica e individualizante, alejándose de la idea de la actividad física como un derecho.

CONSIDERACIONES

Los países sudamericanos importaron referencias de actividad física del norte global, que no suelen dialogar con sus necesidades sociales de salud. Este proceso refleja el colonialismo epistemológico-sanitario, donde saberes y prácticas locales están marcados por la dominación europea y norteamericana, marginando el pensamiento crítico local a favor del pensamiento moderno basado en el idealismo biológico y positivista.

La Salud Colectiva, teoría de la producción social de la salud en América Latina, advierte los límites de la visión causal, biológica e individualizante del proceso salud-enfermedad y propone enfoques alternativos, como la Epidemiología Crítica de las Prácticas Corporales⁷. Aunque la relación entre actividad física y salud está científicamente consolidada, debe contextualizarse socialmente y analizarse dentro de un marco más complejo, en el que la promoción de la salud no se reduzca a gasto calórico y considere la Determinación Social de la Salud.

REFERENCIAS

- (1) Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
- (2) Basile G. Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas. República Dominicana: IDEP Salud; 2021.
- (3) Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana. New York: Oxford University Press; 2021.
- (4) WHO. Global status report on physical activity 2022. Geneva: WHO; 2022.
- (5) Kahlmeier S, et al. National physical activity recommendations: systematic overview and analysis of the situation in European countries. BMC Public Health. 2015;15(133):1-14.
- (6) Guerra P et al. Identificação e análise das diretrizes nacionais de atividade física nas Américas. Cien Saude Colet. 2021;26(8):2961-2968.
- (7) Pasquim HM, et al. De la epidemiología de la actividad física a la epidemiología crítica de las prácticas corporales: una propuesta desde Latinoamérica. Glob Health Promot. 2024;0(0).

APRENDENDO SOBRE DESASTRES NA FORMAÇÃO EM MEDICINA- PERSPECTIVAS PARA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

Milena Silva Lopes¹

Alice Siqueira Alves

Anna Gracia Dias da Silva

Caio Manoel Lira da Costa Fontes

Emilín Kelly Martins Neves

Milena Gomes Dias

Rennan Marcos Neves Nascimento

Tabita Ribeiro Corrêa

Isabel Domingos Martinez Dos Santos

Bibiana Machado Nunes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Trata-se de relato de estudantes de medicina e professoras, partindo de vivências na disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado I na Universidade Federal Fluminense (1). Compreende a formação a partir do compartilhamento de saberes e reflexões, com intuito de ampliar possibilidades de ação e transformação de realidades (2-5). Entre as diretrizes curriculares para formação em medicina, destaca-se a integralidade em saúde, abrangendo ações de cuidado que abrangem a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, voltadas a pessoas e coletividades, considerando contextos de vida e a determinação social do processo de saúde e doença (5). No tema “produção do cuidado integral em saúde nas situações de desastres e emergências sanitárias” abordamos concepções e práticas que buscam fortalecer possibilidades de articulação intersetorial, visando alcançar a preparação, resposta e recuperação da saúde diante dessas ocorrências. Nas vivências em campo, junto com diferentes atores e setores, observamos a ampliação de perspectivas e de capacidades de atuação dos(as) futuros(as) profissionais, enfatizando a valorização da equidade e da integralidade em saúde. Destaca-se que as populações vulnerabilizadas são as mais afetadas pela insuficiência de recursos e por barreiras de acesso aos direitos sociais.

OBJETIVO

Refletir sobre contribuições das vivências em campo — diálogos, visitas a serviços e atividades em territórios vulneráveis — na formação de médicos(as) comprometidos(as) com o cuidado integral em saúde, inclusive, diante de desastres e emergências. As reflexões abrangem compromissos do(a) futuro(a) profissional com a equidade, a intersetorialidade e práticas que considerem a determinação social, reforçando a saúde como direito humano e a escuta para transformação social.

METODOLOGIA

Este relato foi elaborado coletivamente, envolvendo contribuições de estudantes e das professoras da disciplina. É fruto das vivências propiciadas ao longo do semestre letivo (setembro de 2024 a janeiro de 2025), nas quais foram realizados encontros, presenciais ou remotos, com profissionais de diferentes categorias e setores, além de visitas institucionais. Tais atividades propiciaram diálogos sobre as atribuições e experiências em situações de desastres e emergências, possibilitando a compreensão sobre os desafios e a importância da atuação intersetorial nas situações de crise. Também constituem produto desses momentos, os relatórios de campo, nos quais estudantes registraram as vivências mais significativas, correlacionando aos textos e materiais disponibilizados na disciplina, permitindo tecer relações entre teoria e prática, bem como desenvolver pensamentos críticos. Os encontros com profissionais foram intercalados com momentos para trocas entre estudantes, nos quais foram debatidos os momentos junto aos profissionais e serviços.

RESULTADOS

Foram constituídos aprendizados significativos na formação profissional de futuros(as) médicos(as). A troca com trabalhadores de diversas categorias e setores, evidenciou possibilidades e desafios do cuidado integral em saúde na preparação, resposta e recuperação aos desastres e emergências. Destacam-se as visitas e a escuta de profissionais que atuam no Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, em instâncias de Gestão da Saúde e no SAMU, tendo como ensinamento a importância do trabalho integrado entre instituições e a necessidade de analisar os eventos para que decisões sejam tomadas em consonância aos cenários encontrados. A visita ao Corpo de Bombeiros permitiu conhecer a rotina de atuação em resgates, incêndios, acidentes e outras emergências, ressaltando o comprometimento e o trabalho em equipe. Observou-se a execução de protocolos e procedimentos para primeiros socorros. Na Defesa Civil, ações são voltadas para prevenção e mitigação de desastres, com equipes focadas na antecipação de riscos e elaboração de planos de ação participativos. Tanto na Defesa Civil quanto na Gestão da Saúde, existem centros estratégicos onde informações são analisadas para coordenar respostas rápidas, para proteger a população. Com o SAMU, foi evidenciada a importância da assistência pré-hospitalar em situações críticas. Refletimos sobre o planejamento e a tomada de decisões de forma participativa e integrada, fortalecendo a rede de atenção nas crises. Também houve vivências e interações com populações vulnerabilizadas, como comunidades caiçaras e pessoas em situação de rua atendidas por serviço de acolhimento. As atividades contribuíram para consolidar perspectivas sobre a coordenação entre serviços de saúde, outros setores e a população, fortalecendo a visão integral do cuidado em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência em Trabalho de Campo Supervisionado I destaca um percurso formativo rumo ao cuidado integral em saúde para a população. Sobressaem, a importância do trabalho em equipe, da escuta atenta, da participação social e da intersectorialidade, na compreensão das necessidades de saúde

da população, visando fortalecer a integralidade e a equidade das ações, em especial, em desastres e emergências sanitárias. O aprendizado por interação em ambientes de trabalho e os diálogos com diversos setores, permitiram uma percepção sistêmica e crítica sobre os principais desafios e possibilidades da atuação em saúde, sobretudo, em momentos de crise. Por fim, valoriza-se o acolhimento, a sensibilidade e a capacidade de coordenação necessárias à garantia de proteção à saúde das pessoas, tendo como cenários, circunstâncias que exijam atuação rápida, oportuna, segura e eficaz. Tais caminhos foram cruciais para que a integralidade em saúde pudesse ser vivenciada e apreendida.

REFERÊNCIAS

- (1) Ribeiro CDM, Maksud I, Koifman L, Alves MGDM, Gouvêa MV. O trabalho de campo como dispositivo de ensino, pesquisa e extensão na graduação de Medicina e Odontologia. *Interface*. 2013;17(47):947-57.
- (2) Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1974.
- (3) Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Brasil, organizador. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45. (Série Textos básicos de saúde).
- (4) Feuerwerker, LCM. *Cuidar em Saúde*. Caderno de ver-sus/Brasil. Rede Unida; 2013. (Ver-sus/Brasil: Produções da rede).
- (5) Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Brasília, DF: MEC; 2014.

APRENDIZAGENS NO ENCONTRO COM A EXPERIÊNCIA DOS POVOS INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS: ENTRE MARGENS E VEREDAS NA ALDEIA FILHOS DESTA TERRA

Sofia Beatriz Machado Mendonça¹

Beatriz Paulina Pereira

Carla Rafaela Donegá

Gilberto Silva dos Santos

Lavínia Oliveira

Maria Cristina Troncarelli

Pablo Natanael Lemos

Rafaela Camargo Baldo

Rosana Cristian Gasparini

Vanessa Moreira Haquim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto Xingu é um programa de extensão universitária, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O trabalho de ensino, pesquisa e extensão é realizado pela equipe multiprofissional do Projeto Xingu junto aos territórios indígenas como o Território Indígena do Xingu desde 1965, dentre outros. Mais recentemente vem atuando junto aos indígenas que vivem em contexto urbano. De acordo com o IBGE (2022), 63% da população indígena brasileira tem residência nas cidades. No município de Guarulhos são 1.649 indígenas de 17 etnias. Lideranças de diferentes povos retomaram um território na Serra da Cantareira em 2016 e vêm construindo a Aldeia Multiétnica chamada Filhos desta Terra, onde vivem 7 etnias: Pankararé, Pankararu, Kaimbé, Timbira, Xucuru, Guajajara e Tupi-Guarani. Neste local vivem 25 famílias, totalizando 80 pessoas, que se movimentam entre os territórios de origem e a cidade. O Projeto Xingu vem realizando atividades de assessoria técnica e matriciamento às equipes de saúde e capacitações para qualificar o atendimento diferenciado aos indígenas de contexto urbano. Mais recentemente, compondo o Projeto *Práticas e saberes que vêm das margens: encontros e desencontros com a atenção e a formação em saúde*, a equipe de pesquisadores vêm se aproximando e promovendo encontros junto à Aldeia Multiétnica, compartilhando modos de pensar e andar, em busca de práticas e cuidados em saúde.

OBJETIVO

Compartilhar modos de pesquisar com a comunidade, valorizando os conhecimentos locais, nas dimensões ética, política, educativa e epistêmica relacionados às práticas e cuidados em

saúde, articulando encontros entre pesquisadores indígenas e não-indígenas, por meio da produção compartilhada do conhecimento [1]. Será sistematizado o percurso inicial de desenvolvimento do campo no contexto urbano e a relação da pesquisa junto aos pesquisadores da aldeia multiétnica Filhos desta Terra.

METODOLOGIA

O grupo de pesquisadores vem se formando, buscando metodologias que dialoguem com a produção de conhecimento compartilhado, valorizando os saberes da experiência e no deslocamento metodológico de grupos socialmente marginalizados que em certas pesquisas eram posicionados como objetos de pesquisa e com impressões de racismo epistemológico; assim encontramos referenciais para aproximação de outras vozes indígenas [2]. Desde o marco zero de início do campo da pesquisa, os pesquisadores indígenas destacaram essa relação de objeto, reivindicando o lugar de sujeitos da pesquisa. O coletivo reafirma que todos serão pesquisadores, indígenas e não-indígenas, valorizando a produção de conhecimento local, com as cosmo percepções de cada povo e, com as estratégias coletivas para o enfrentamento das iniquidades, barreiras de acesso e produção de saúde. O encontro com as metodologias—“Pesquisa Participativa baseada na comunidade” [3] e a cartografia [4], enquanto modos de sistematizar e acompanhar processos de vida e pesquisa vêm alargando as compreensões e modos de nos posicionar e perceber, bem como aprender juntos.

RESULTADOS

Os resultados ainda estão em processo, se fazendo em nós por meio de deslocamentos da tradição do pensamento ocidental para outros modos de produção de conhecimento com os pesquisadores indígenas, incidindo, inclusive, sobre as práticas e modos de pesquisar. O maior investimento do grupo até o momento é o aprofundamento nas metodologias e na descolonização do pensamentos.[2] Um dos resultados também é a consolidação do campo de pesquisa junto aos pesquisadores indígenas da aldeia Filhos desta terra na construção de sentido de modos de pesquisar, valorizando a história de luta realizada pelas lideranças, o que já foi construído e o que vem sendo desenvolvido dentro do território por toda comunidade. Num dos encontros dedicado a conversar sobre a vida, identificamos fragilidades e potencialidades do território, bem como o início do mapeamento de estratégias possíveis para o enfrentamento das iniquidades e desafios que vivenciam no território. Neste encontro, realizamos uma roda de conversa e, em seguida, a divisão do coletivo em dois grupos, escolheram separar os mais velhos e os mais jovens. Ao final, os mais jovens se engajando na luta junto aos mais velhos, compondo um coletivo de luta que soma forças junto às lideranças é uma das fortalezas. Um aprendizado importante é que compreender a relação com o território de agora envolve compreender todo percurso de cada família e de cada povo, seu processo de contato com a sociedade não-indígena, seus deslocamentos e migrações e sua necessidade de ir e vir ao território de origem, essa é uma questão-chave para compreendermos o modo de vida atual e suas necessidades em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Consideramos que a pesquisa está sendo gestada, num aprendizado contínuo e permanente de modo a nos fortalecer enquanto coletivo de pesquisadores, indígenas e não-indígenas, atentos às práticas extrativistas e colonizadoras que atravessam a tradição do pensamento ocidental, que as posições pesquisador-pesquisado sejam superadas, [5] alargando nosso pensamentos para outros modos de aprender e pesquisar junto aos povos indígenas, cultivando alianças afetivas [6] que possam ir contribuindo com as descolonização das metodologias e do nosso pensamento. A pesquisa continuará por meio de dois projetos de pesquisa, uma no campo da saúde mental “Investigação transdisciplinar de fatores intervenientes na saúde mental indígena: contribuições para o desenvolvimento da equidade e do bem viver” e a segunda pesquisa cujo título é “Práticas e saberes que vêm das margens: encontros e desencontros com a atenção e a formação em saúde”.

REFERÊNCIAS

- [1] Carvalho JJ. Encontro de saberes e descolonização: para uma refundação étnica, racial e epistêmica das universidades brasileiras. In: Bernardino-Costa J, organizador. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica; 2020. p. 79-106.
- [2] Smith LT. Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas. Barbosa RG, tradutor. Curitiba: Editora UFPR; 2018.
- [3] Wallerstein N, Mendes R, Santana CLA et al. Pesquisa participativa e empoderamento: teoria e práticas de participação social. São Paulo: Hucitec; 2024.
- [4] Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2012.
- [5] Tuxá F. Antropologias indígenas e a questão da posicionalidade. Anuário de Antropologia. 2023.
- [6] Krenak A. As alianças afetivas. In: Cesarino P, entrevistador. Incerteza viva: dias de estudo. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo; 2016.

ASPECTOS E CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO ACESSO À VACINAÇÃO UMA REVISÃO DO ESTADO DA ARTE CONTRIBUINDO NO PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Juliana Xavier Carneiro Alves¹

Juliana Alves Leite Leal

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil a universalidade do acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, é um dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), e a imunização compõem uma destas ações dentro do processo de trabalho da estratégia de saúde da família (ESF) (1). A vacinação é considerada atividade estratégica para prevenção com alcance coletivo que visa evitar doenças imunopreveníveis tanto em crianças quanto em adultos e idosos. Porém, as altas taxas de cobertura, que sempre foram característica do programa, vem caindo nos últimos anos, colocando em alerta especialistas e profissionais da área na redução no número de pessoas vacinadas com aumento do risco de reaparecimento de doenças que eram consideradas erradicadas (2).

No estudo foi possível observar que as publicações abordam temas como hesitação vacinal, reflexões sobre acessibilidade no Brasil, aspectos organizacionais e de planejamento no processo de trabalho da atenção à saúde, equidade e acesso para vacinas especiais e para grupos específicos, destaque para barreiras geográficas e estrutura física das unidades relacionando-os com o acesso e contribuição para redução de desigualdades na vacinação, situações de desabastecimento na oferta de imunos, além das percepções sob a ótica de usuários sobre a equidade e vulnerabilidades da rede.

OBJETIVO

Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema, identificar artigos científicos que abordem o tema acesso em serviços de saúde e a vacinação de modo a auxiliar nas propostas de planejamento de ações que fortaleçam a oferta e reduza as desigualdades.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, que consiste na revisão da literatura relacionada à temática abordada. Para tanto, foram utilizados livros, periódicos, artigos, sites da Internet, em uma busca realizada nas bases Medline, Scielo, Lilacs, e BVS, para tanto os descritores utilizados foram: “Immunization Program” AND “Access to Health Services”, “Vaccination” AND “Access to Health Services” e “Vaccine Refusal” AND “Access to Health Services”. Na consulta à BVS, Medline e Lilacs, os achados totalizaram em 1013 artigos que, após filtro idioma, texto completo e tempo inferior a 5 anos, resultaram em 233 artigos. Já na consulta à SciELO os achados totalizaram

em 85 artigos que, após filtros idioma, texto completo e tempo inferior a 5 anos totalizando 50 artigos. Somando as duas bases totalizamos 283 artigos que após leitura de seus resumos foram excluídos os artigos duplicados, os que tratavam especificamente da pandemia covid19 sem abordar coberturas vacinais e acesso e os que não tinham texto completo, sendo selecionados um total de 26 artigos.

RESULTADOS

Os estudos destacaram o modelo organizacional da APS como obstáculos à integralidade da assistência, citando problemas na organização de processo de trabalho restringindo o acesso limitando o horário e ou de oferta de imunos. Unidades de saúde que estabelecem normas para atender a vacinação, conforme necessidade dos serviços, não levando em consideração o usuário. Outros trabalhos propõem como destaque a importância do fortalecimento da ESF como instrumento facilitador do acesso aos serviços de saúde estabelecendo confluência das redes de atenção, a fim de garantir equidade, ressaltando também a importância de ações capazes de mudar o cenário de saúde promovendo a articulação da sociedade e estimulando a participação social (3). A redução das perdas de oportunidades de vacinação e de ações frágeis no cuidado integral, são lacunas importantes encontradas em demais estudos e a indicação de que cabem aos profissionais de saúde repensar e rediscutir processo de trabalho e ações de cuidado em rede com vistas ao impacto na qualidade de vida e redução de doenças imunopreveníveis, destacando mais uma vez a importância dos trabalhadores da saúde na garantia do acesso à saúde. Outra reflexão encontrada foi a importância da participação e controle social no elenco de principais ações para mudança de cenário das iniquidades enfrentadas pela população, caracterizando a importância de mapear situações que indiquem vulnerabilidade de uma determinada população, correlacionando fatores econômicos que impactam no acesso. A indisponibilidade de imunos ou a irregularidade no abastecimento de outros também foi destacada em alguns estudos como fator relevante e que gerou insatisfação entre os usuários e se caracteriza como importante barreira de acesso(4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Concorrente às dificuldades trazidas em muitos estudos, nota-se que a reorganização da APS por meio da ESF diminui a barreira geográfica do acesso ao promover vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e populações de seus territórios delimitados, ampliando assim os serviços da rede. O desconhecimento sobre calendário vacinal e a falsa percepção de erradicação de doenças e por conseguinte a não necessidade de continuar se vacinando, estão entre as prováveis razões para queda nos alcances de imunização no Brasil. Foi citado também a hesitação vacinal ressaltando o crescimento do movimento anti vacina como uma ameaça (5). Assim sendo, ressalta-se a importância de ações voltadas ao combate à desinformação, aumento do financiamento, relevância das políticas públicas de imunização, valorização e investimento no papel dos trabalhadores de saúde no vínculo e oferta do serviço.

REFERÊNCIAS

- (1) Oliveira MAC; Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66:158-164.
- (2) Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? Rev. Saúde Pública. 2018;52.
- (3) Duarte DC et al. Aspectos organizacionais e uma agenda para o acesso à vacinação sob a ótica do usuário. Texto Contexto Enferm. 2021;30.
- (4) Nunes PC; Ribeiro GR. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. Rev Panam Salud Publica. 2022;46.
- (5) Zorzetto R. As razões da queda na vacinação. São Paulo: FAPESP; 2018.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI: UMA CARTOGRAFIA

Kamilla de Andrade Carvalho¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como desafio investigar a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica de Niterói a partir de um Módulo do Programa Médico de Família.

O município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, tem cerca de 515 mil habitantes. [1] Atualmente o Programa Médico de Família é responsável pelo atendimento de cerca de 223 mil pessoas em todo o município. É composto por 43 Módulos do Programa Médico de Família, com 104 equipes de saúde da família, 28 equipes de saúde bucal, além de 2 equipes do Consultório na Rua e 5 equipes do Núcleo Ampliado Saúde da Família. [2]

Os Módulos do Médico de Família são equipamentos que se configuram como dispositivos de descentralização e regionalização do sistema de saúde e estão presentes nas áreas de maior vulnerabilidade social do município.

O Módulo pesquisado atende cerca de 6 mil pessoas e está dividido em 6 microáreas. Para atender essa região, a unidade conta com duas equipes de Saúde da Família e uma equipe Saúde Bucal. Cada equipe Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde e a equipe Saúde Bucal é composta por um dentista e um auxiliar em saúde bucal.

OBJETIVO

Esta pesquisa teve como objetivo identificar as ofertas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por uma equipe do Programa Médico de Família, analisar como este cuidado é produzido e como ocorre o processo de matriciamento em saúde mental.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa a partir do método da cartografia. Este método possibilitou acompanhar e analisar, através da observação participante e da construção de um diário de campo, os encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários a fim de ouvir e narrar o que os sujeitos implicados nesta realidade específica têm a dizer sobre as minúcias que envolvem a produção do cuidado em saúde mental.

A produção de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e março de 2023. Foi realizada em um Módulo do Programa Médico de Família, com a frequência média de uma ida a campo por semana, durante um turno de funcionamento da unidade, totalizando 14 idas a campo ao longo de 4 meses.

Durante este período foi possível observar o cotidiano do serviço, participar de visitas domiciliares, reuniões de matriciamento em saúde mental e uma reunião geral entre a atenção especializada em saúde mental e os Responsáveis Técnicos da região Leste-Oceânica.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o CAAE 63862622.4.0000.5188.

RESULTADOS

Com relação às reuniões de matriciamento estava presente uma equipe de Apoio Matricial formada por duas psicólogas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma enfermeira e uma psicóloga do CAPS Infantil e acompanhante territorial do CAPS Álcool e Drogas, portanto, profissionais das três modalidades de CAPS. Já na Equipe de Referência, dos doze profissionais que compõe as duas equipes da unidade, participaram da reunião apenas um enfermeiro e três agentes comunitários de saúde (ACS). Logo, na equipe da atenção especializada estavam presentes cinco profissionais e na equipe atenção básica apenas quatro.

Cabe destacar que enquanto as profissionais dos CAPS precisam se deslocar até o território do Módulo para realizar o matriciamento, os profissionais que estão dentro da unidade tiveram baixa participação. O que se tem é uma equipe da atenção especializada robusta e uma equipe da Atenção Básica esvaziada.

Essa baixa participação pode ser relacionada a uma conjunção de fatores, como o número insuficiente de profissionais e o excesso de demanda.

Outro tema que caminha lado a lado com o matriciamento e que pode ser identificado nessa pesquisa é a corresponsabilização entre os serviços pelo cuidado dos usuários.

Após o matriciamento do Módulo, os ACS de referência dos casos demonstraram entender que depois de discutir o caso com a atenção especializada a responsabilidade pelos usuários não era mais da Atenção Básica.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Observou-se que não há uma compreensão ampliada sobre saúde mental entre os profissionais, uma vez que eles não consideram como sendo do campo da saúde mental parte das ações que realizam, limitando com isso, inclusive, a possibilidade de qualificá-las mais, pois não refletem de maneira explícita sobre elas nessa perspectiva.

Identificou-se a importância do espaço do matriciamento para a discussão de casos, para a pactuação de ações entre a rede de saúde e a potência do cuidado articulado em rede. Também foi

identificado que os trabalhadores que têm maior assiduidade nos matriciamentos são os agentes comunitários de saúde, que há uma sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde e uma falta de clareza entre os trabalhadores da Atenção Básica sobre o papel de cada serviço no cuidado em saúde mental.

Verifica-se que o Apoio Matricial ainda está em discussão e em processo de construção na rede de Niterói.

REFERÊNCIAS

- [1] Niterói. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Participativo. Niterói, RJ; 2022. Disponível em: <https://saude.niteroi.rj.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/pmsp2022-2025-versaofinal.pdf>.
- [2] Niterói. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação Estatal de Saúde de Niterói. Carteira de Serviços do Programa Médico de Família (PMF). Niterói, RJ; 2021. Disponível em: <https://fesaude.niteroi.rj.gov.br/noticias/fe-saude-lanca-carteira-de-servicos-do-programa-medico-de-familia>.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ESCOLA: O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Guilherme da Silva Souza¹

Monica de Rezende

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 [1], surgiu a partir da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de fortalecer a integração entre educação e saúde para os estudantes da rede pública de ensino. A principal característica do PSE é o trabalho intersetorial e sua abordagem territorial, promovendo atividades de educação em saúde no ambiente escolar. A Atenção Primária em Saúde assume um papel protagonista na realização dessas atividades, com foco no acesso à informação e no cuidado sob a ótica da promoção da saúde. No município do Rio de Janeiro, a experiência do PSE Carioca busca desenvolver estratégias de promoção da saúde voltadas aos estudantes da rede municipal, por meio da implementação de ações conjuntas com as escolas e os equipamentos da Assistência Social. A proposta visa fomentar discussões e práticas de cuidado que incentivem reflexões e questionamento. O PSE Carioca atravessa múltiplos desafios para sua efetivação e para isso, essa pesquisa irá analisar como esse programa evoluiu ao longo do tempo, desde sua formulação até os modos como vem sendo implementado nas escolas e unidades de saúde para compreender os limites e as potências dessa política pública e compreender se essas atividades buscam contribuir para um debate emancipatório, transformador e libertário. [2]

OBJETIVO

Avaliar o Programa Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro analisando suas configurações desde sua implantação e refletindo sobre potencialidades e os limites do programa na promoção de práticas emancipatórias em ações que articulam os campos da Atenção Primária em Saúde e da Educação.

METODOLOGIA

A presente pesquisa tem como objetivo analisar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município do Rio de Janeiro, a partir de uma abordagem metodológica qualitativa situada numa análise documental e bibliográfica. A escolha por essa metodologia se dá pela natureza do objeto de estudo, que envolve a compreensão de políticas públicas e seus desdobramentos institucionais e teóricos, a partir de bibliografias já publicadas. Dessa forma, buscaremos compreender o programa em seu formato normativo e enquanto produção de conhecimento nas práticas educativas em contextos

marcados pela expressão da “questão social”. [3] A pesquisa terá como base a análise documental, envolvendo a leitura crítica de legislações que estejam atribuídas ao PSE no município do Rio de Janeiro. A análise documental, segundo Cellard [4] vai permitir reconstruir o percurso histórico das políticas públicas, identificando seus objetivos, contradições e sentidos atribuídos. Além da análise dos documentos será realizada uma revisão bibliográfica a partir de autores que tem discutido sobre essa temática, traçando como eixo principal a análise de políticas públicas e a perspectiva da emancipação.

RESULTADOS

A escola tem como objetivo desenvolver um processo de ensino-aprendizagem e desempenha um papel importante na formação das crianças e adolescentes nos diversos campos da vida social, promovendo cidadania e o acesso às políticas públicas e sociais. A saúde, ao contribuir para a construção de possibilidades de acesso, propôs, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) buscando promover a saúde e prevenir doenças em jovens de idade escolar, contribuindo para a formação de crianças e adolescentes matriculados na rede pública de ensino básico. A principal característica do PSE é o trabalho intersetorial e sua perspectiva territorial, atuando com atividades de educação em saúde no contexto escolar. A intersetorialidade presente nesse programa visa fortalecer a relação entre a escola, as unidades de saúde e outros dispositivos da rede, buscando articular recursos para o acesso às políticas sociais e promoção da saúde. No entanto, é necessário problematizar o fato de que, apesar de sua relevância, a política, no município do Rio de Janeiro, apresenta sinais de estagnação. Durante a pesquisa bibliográfica e documental, observou-se que há pelo menos uma década o PSE não passa por reformulações significativas no município, o que foi confirmado em publicação no Caderno de Promoção da Saúde do Rio de Janeiro [5] que aborda o programa sem apresentar atualizações e inovações que contribuam para sua consolidação. Esse cenário levanta questões importantes sobre a capacidade da política de acompanhar as transformações sociais e educacionais, bem como de responder de forma crítica e efetiva às necessidades dos estudantes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A saúde, especialmente a Atenção Primária, precisa caminhar em conjunto com a educação para ampliar a compreensão sobre a realidade vivida pela população. É fundamental que os jovens se reconheçam como sujeitos de direitos, e, por isso, a educação em saúde deve ser entendida como um pilar essencial nesse processo. As atividades educativas devem estar alicerçadas em uma perspectiva crítica, com o propósito de provocar reflexões e incentivar propostas que problematizem a realidade local. É essencial que os profissionais estejam comprometidos com práticas que garantam o cuidado efetivo, indo além do cumprimento de metas. O planejamento deve ser participativo, democrático e evitar reproduções conservadoras e higienistas. No contexto escolar, é necessário articular-se com a comunidade acadêmica para criar estratégias que mobilizem os estudantes, estimulem a expressão de afetos e a reflexão sobre suas vivências, possibilitando ações mais potentes, emancipadoras e transformadoras.

REFERÊNCIAS

- [1] 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. 2007 dez 6.
- [2] Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- [3] Iamamoto MV. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez; 2008.
- [4] Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295–316.
- [5] Rio De Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Caderno de Promoção da Saúde. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2022. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Cadernos_de_Promoc%C3%A7%C3%A3o_da_Sa%C3%BAde_-_Programa_Sa%C3%BAde_na_Escola.pdf

ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CUIDADO AMPLIADO DO TABAGISTA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Amanda Bessa Ribeiro de Lima¹

Jessica de Barros Ribeiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma das principais causas evitáveis de adoecimento e morte em todo o mundo, impactando diretamente a qualidade de vida das populações. O uso do tabaco está relacionado a uma ampla gama de doenças crônicas não transmissíveis, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias.¹ Apesar dos avanços nas políticas públicas de controle do tabaco e da redução no número de fumantes nas últimas décadas, o hábito ainda representa um desafio importante, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade social. Além dos danos causados aos usuários, a exposição passiva à fumaça também contribui significativamente para a carga global de morbimortalidade.² No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado ao tabagista exige abordagem integral, escuta qualificada e ações interdisciplinares que respeitem as especificidades de cada território.³ A formação e o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais tornam-se fundamentais para a qualificação do cuidado, promovendo estratégias que fortaleçam o vínculo com o usuário e apoiem a cessação do tabagismo de forma acolhedora, ética e eficaz.^{3 4 5}

OBJETIVO

Relatar uma atividade de educação permanente realizada com os trabalhadores em saúde em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde para qualificar o cuidado ampliado aos usuários tabagistas através de acolhimento, escuta qualificada e orientações. Além disso, objetiva-se a caracterização das potencialidades e desafios da atividade e refletir sobre alternativas para transpor as dificuldades.

METODOLOGIA

A atividade de educação permanente aconteceu em 3 etapas. A primeira etapa foi a realização de capacitação de uma profissional da unidade de saúde. A capacitação ocorreu em uma reunião de um turno sendo mediada pelas profissionais do nível central responsáveis pelo cuidado ao tabagista e contou com profissionais de diversas unidades de APS. A segunda etapa foi a criação de um material didático para a multiplicação do conhecimento através do matriciamento. A terceira etapa foi formada com espaço na reunião geral da unidade em 2 momentos distintos com apresentação do material e discussão de casos.

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: amandabessarlima@gmail.com

RESULTADOS

Dos 39 profissionais de saúde da unidade, 17 participaram da primeira reunião em 31 de julho de 2024 e 10 da segunda reunião em 21 de agosto de 2024. Ao final dos momentos de educação permanente, os profissionais de saúde avaliaram oralmente a experiência. A maioria relatou que a atividade foi positiva para sua atuação profissional e poucos trabalhadores preferiram não se manifestar. Ao longo das oficinas os profissionais tiraram dúvidas sobre como abordar os usuários tabagistas dentro das limitações territoriais e como preencher da melhor forma o prontuário eletrônico, visando melhorar o acompanhamento integral. Entre as potencialidades da reunião, é possível citar 2 principais: a troca entre diversas categorias profissionais com diferentes percepções e a discussão casos fictícios para um acolhimento e atendimento com escuta qualificada considerando a singularidade de cada usuário. Como desafios, os Agentes Comunitários de Saúde relataram pouca abertura com alguns usuários sobre o tabagismo, o receio da recusa das orientações sobre o assunto e a necessidade de conhecer mais sobre o grupo de apoio ao tabagista da unidade. A equipe técnica abordou o desafio de realizar o acolhimento com escuta qualificada dentro de um turno com atendimentos agendados e demandas espontâneas aguardando.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Sendo assim, fica evidente a necessidade de espaços assegurados para atividade de educação permanente para diversas temáticas, inclusive sobre acolhimento ao tabagista entre todos os profissionais da unidade. O acolhimento e atendimento ao tabagista é de extrema importância para que o usuário cesse o uso de tabaco. Entender as potencialidades e desafios é necessário para a formulação de estratégias para ultrapassá-los. Ademais, ficou evidente a necessidade de apropriação por parte dos funcionários das abordagens utilizadas na unidade, como o grupo de tabagismo bem como a ampla divulgação para a comunidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool. Brasília, DF: MS; 2023.
- (2) Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Programa de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: SMS-RJ; 2024.
- (3) Santos MDV, Santos SV, Caccia-Bava MCGG. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Ciênc Saúde Colet. 2019;24(2):563-72.
- (4) Oliveira RS, Rodrigues EP, Rodrigues US, et al. Ações do programa de controle do tabagismo na atenção primária à saúde: estratégias e desafios. In: Anais do Congresso Nacional de Saúde; 2024 nov 30; Brasília, Brasil. Brasília: Editora Científica; 2024. p. 9-30.
- (5) Lopes RP, Cavalcante ASP, Gomes DF, et al. Abordagem e tratamento do tabagismo na atenção primária à saúde. Rev Extensão em Ação. 2018;1(17):1-10.

ATIVIDADE INTERGERACIONAL NA APS: EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE SOBRE DCNTS E ISTS EM COMUNIDADE DE NITERÓI

Carolina Cunha de Carvalho e Silva¹

Sofia Gameiro de Souza

Maria Eduarda Monteiro de Paiva

Maria Lúcia Souza Mendonça

Paolla Amorim Malheiros Dulfe

Ariana de Oliveira Tavares

Teresa Cristina Gonçalves da Motta

Vinicius Cata Preta Stolzemburg

Livia Turrini Costa

Viviane da Costa Melo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como primeiro nível de acesso dos indivíduos no sistema de saúde, desempenhando papel essencial no cuidado em saúde da população. O desenvolvimento de ações educativas na APS se mostra estratégia potente, sendo efetiva na ampliação dos conhecimentos em saúde dos usuários, promovendo mudanças de hábitos e a adoção de comportamentos saudáveis ¹⁻⁶.

Neste contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) amplia o escopo de suas ações para além do cunho técnico e meramente informacional, utilizando-se como ponto de partida os interesses e expressões culturais da comunidade, bem como os saberes dos sujeitos envolvidos, os quais figuram como protagonistas no processo de construção das ações coletivas ^{2,5}.

O internato obrigatório em atenção básica em saúde (IOABS), como componente curricular no curso de graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), proporcionou a vivência do planejamento e execução de atividade de EPS no território de uma unidade básica de saúde no município de Niterói/RJ. A temática abordada foi eleita a partir de levantamento de indicadores da unidade de saúde, bem como da percepção da relevância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) durante os atendimentos realizados pelas acadêmicas de medicina e seus preceptores na referida unidade de saúde ¹.

OBJETIVO

Relatar a experiência de acadêmicas de medicina do IOABS/UFF no planejamento e realização de atividade de educação popular em saúde sobre DCNTs e ISTs, com idosos e jovens de uma comunidade em Niterói/RJ, fomentando um espaço de diálogo intergeracional.

METODOLOGIA

A abordagem teórico-metodológica baseou-se na EPS ^{3,5}, aplicada a uma ação de saúde planejada e executada por acadêmicas de medicina do IOABS/UFE, sob supervisão. A atividade se deu no território de uma comunidade do município de Niterói/RJ, em dezembro de 2024, tendo como público-alvo inicial moradores acima de 50 anos. Foi dado enfoque nas DCNTs, englobando os assuntos: HAS, DM e síndrome metabólica. Entretanto, com a coincidência de outra atividade com jovens ocorrendo na sede comunitária, o público-alvo e temática foram ampliados permitindo uma ampla discussão sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tornando o encontro mais dinâmico e inclusivo, num espaço de discussão intergeracional.

Durante a ação, com duração de 120 minutos, foi realizada uma grande roda de conversa, onde 25 pessoas participaram ativamente através de dinâmicas integrativas abordando questões acerca do sedentarismo, alimentação, atividade física, mitos e verdades sobre DCNTs e ISTs. Ao final, os participantes compartilharam um lanche coletivo saudável e foi ofertado a aferição da pressão arterial, conforme demanda dos próprios participantes, evidenciando o engajamento gerado pela ação.

RESULTADOS

A atividade teve adesão significativa na comunidade, com participação ativa dos moradores que levantaram discussões enriquecedoras sobre hábitos saudáveis, promoção da saúde e prevenção de doenças. Os idosos e os jovens compartilharam suas experiências sobre as DCNTs, destacando-se os papéis de observadores, cuidadores e acometidos pelas referidas patologias, promovendo um espaço de aprendizagem coletiva. Acerca das ISTs, também houve grande envolvimento suscitando questões no sentido da prevenção, diagnóstico e tratamento das principais infecções sexuais. A ampliação do público-alvo e da temática inicialmente planejada permitiu melhor inclusão dos jovens presentes, possibilitando maior integração entre as diferentes faixas etárias e a abordagem intergeracional de temáticas com grande relevância na saúde pública ⁶.

A oferta de aferição de pressão arterial sob demanda ao final da atividade mostrou-se como um reflexo do interesse dos participantes pela temática discutida. Além disso, o trabalho colaborativo entre profissionais da unidade de saúde, acadêmicas de medicina e a comunidade demonstrou a potência da integração ensino-serviço-comunidade, com impacto positivo na APS ^{1,2}.

A execução desta atividade embasada na EPS evidenciou a importância da construção de ações de saúde junto aos usuários da comunidade, fortalecendo sua autonomia e envolvimento na produção coletiva do cuidado. Reforçou, ainda, a relevância da necessidade de adequação das atividades das equipes de saúde às demandas de um território vivo, otimizando as oportunidades de ações em saúde e tornando-as cada vez mais potentes no sentido de fortalecimento do autocuidado e intensificação da participação popular ^{5,6}.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A atividade em questão evidenciou o papel essencial da EPS na promoção da saúde, adoção de hábitos saudáveis, bem como na prevenção de doenças crônicas e sexualmente transmissíveis ^{2,5}. A ampliação da ação de saúde para incluir um público mais diverso demonstrou a importância de adaptação das estratégias de intervenção em saúde no território, visando atender às demandas da comunidade e proporcionar uma construção coletiva do cuidado. A integração entre acadêmicos, profissionais de saúde e a população local mostrou-se potente, promovendo participação ativa dos moradores na atividade e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos no cuidado com sua saúde ⁵. O engajamento e interesse demonstrado pelos temas discutidos reforçam a importância de manter ações educativas regulares na APS ⁶, abordando temáticas de relevância para a saúde pública ¹.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- (2) Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.
- (3) Ceccim RB, Ferla AA. Educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
- (4) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; 2002.
- (5) Vasconcelos EM, Machado JMH, Oliveira PGD, Silva SF. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. Interface. 2023;27:e230160. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VKTJmjvH6nMtxx6KZHBkdRp/>
- (6) Silva AB, Lima RS, Rocha KB, Santana JP. Educação em saúde na atenção primária: um olhar sob a perspectiva dos usuários do sistema de saúde. Saúde Soc. 2023;32(4):e211009. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2023.v32n4/e211009pt/>

ATIVIDADES AFRRREFERENCIADAS E SAÚDE MENTAL: O SABER/ FAZER TRADICIONAL DE MATRIZ AFRICANA DE TERREIRO POTENCIALIZANDO O CUIDADO DE USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Marcia Cabral da Costa¹

Anna Carolina Santos

Ariany Lopes da Silva

Leandra Pires de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o intuito de incitar reflexões sobre as experiências e vivências de duas extensionistas negras nas ações dos projetos de extensão universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Identidades Abertas (IA) e o Troca de *Ixé*, projetos que compõem o Laboratório de Estudos Africanos Integrados às Atividades e à Terapia Ocupacional–*Ixé* (Lab *Ixé*) do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A experiência se deu, a partir da parceria entre o Lab *Ixé*, pioneiro no campo da Terapia Ocupacional ao desenvolver estudos relacionados às atividades e perspectivas africanas e afro-brasileiras, e o Deambulatório da Área Programática 5.2 do Rio de Janeiro (nomeado de Boratiba), um serviço de média complexidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ambos os projetos tem como objetivo fortalecer e potencializar identidades negras e não negras, com e sem deficiência por meio de Atividades Afrrreferenciadas, que tem como “orientação epistêmica e cosmogônica o uso de atividades de natureza afro-brasileira, e que portam nesse processo as perspectivas corporais, espirituais e intelectuais, sem hierarquização de valor” [1]. A diferença entre os dois projetos é a faixa etária do público, o IA atende a população infantojuvenil, já o Troca de *Ixé* contempla pessoas adultas e idosas.

OBJETIVO

Destacar as ações que em 2024, visaram fortalecer e ressignificar as identidades negras por meio de experiências afrrreferenciadas e de garantir o acesso a cultura afro-brasileira de forma acessível, mitigar os efeitos do racismo estrutural na Universidade e na sociedade civil, bem como oferecer um espaço de formação continuada aos profissionais parceiros, a partir de práticas e epistemologias voltadas aos saberes e fazeres de Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e de Terreiro.

METODOLOGIA

Alicerçado aos saberes e a cosmo percepção de Povos de Terreiro, as ações são orientadas para práticas de coletividade, oralidade e circularidade.

Outrossim, para elaboração e realização das atividades, as prioridades eram espaços ao ar livre que possibilitassem o contato com outros elementos da natureza, a presença de materiais orgânicos que costumamos nomear de corpos não-humanos [2], e o formato em roda para disposição dos corpos de modo que o sentir de todos os partícipes circule resultando nas afetações [3].

No processo de criação das propostas de atividades, a equipe do Lab *Işé*., e os membros da equipe do Boratiba confluíram com seus saberes e fazeres de maneira equânime, de modo a possibilitar a construção de projetos terapêuticos singulares voltados para usuários do serviço. As atividades baseadas nos saberes e fazeres dessas Comunidades alinhadas também às necessidades subjetivas e coletivas essenciais para o direcionamento da autogestão e prática de cuidado pelos usuários. As ações ocorreram uma vez por mês na Fundação Angélica Goulart. Os projetos de extensão realizavam suas atividades concomitantemente, em espaços e grupos diferentes conforme faixa-etária do público.

RESULTADOS

Como resultado foi possível observar que alguns usuários se aproximaram da cultura afro-brasileira num processo de valorização e do entendimento de perspectivas pluriversais africanas e por intermédio da ampliação da cultura afro-brasileira, em especial, a presente nos espaços de Candomblé, desmistificando a ideia dicotômica do ocidente que fragmenta a complexidade dos modos de ser negro em nichos como: religião, ciência, arte, educação, possibilitando sentimentos de pertencimento e de fortalecimento das identidades negras. Por isso, identificamos a potência da Afro-Acessibilidade Cultural[4] em exercício, já que o conceito afirma a importância de oferecer às pessoas negras com e sem deficiência acessibilidade da cultura negra, como caminhos para o combate das distintas formas do racismo e de produção de subjetividades negras, historicamente, investidas de silenciamentos e apagamentos.

A valorização das diversas formas de ser e existir no coletivo manifestou-se como uma ferramenta eficaz para a mitigação de sofrimentos psíquicos, assim como no resgate das identidades afrodiáspóricas. Além disso, usuários do Troca de *Işé* assumiram também o papel de responsáveis pela continuidade do cuidado no grupo com as atividades propostas. Nessa conjuntura, pode-se afirmar a potência das parcerias entre universidade, povos de terreiro e profissionais na construção compartilhada de novos modos de cuidado em Saúde Mental, descentralizando um único responsável na construção de novas práticas de cuidado.

Ademais, observamos o interesse dos profissionais parceiros em aprofundar-se na temática das Atividades Afrorreferenciadas, mediante a participação no Grupo de Estudos Ibirí, espaço de formação ofertado pelo Lab *Işé* no qual pesquisadores discutem referenciais teóricos e experimentam.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apartir da justa associação do espaço que constitui o terreiro de candomblé com o pertencimento, a preservação e a transmissão da memória ancestral afro-brasileira, fomentamos o resgate e a valorização de notórios saberes, partindo do viés de uma aproximação e localidade no acompanhamento e cuidado para a população das ações de extensão.

Percebe-se o quanto as Atividades Afrorreferenciadas vem auxiliando nos processos de mitigação dos impactos do racismo presente na sociedade, por meio de outras formas de promoção cuidado, como a não hierarquização do profissional frente ao usuário e o agenciamento de corpos humanos e não humanos (como a argila e os pigmentos naturais, por exemplo) a partir das Atividades Afrorreferenciadas.

Observa-se o quanto esse cuidado tem fortalecido as equipes de espaços culturais e de saúde a ressignificar a potência dos saberes tradicionais de terreiros como forma de cuidado.

REFERÊNCIAS

- [1] Costa MC et al. Laboratório I É: Construções de estratégias para restituição histórica e existencial de pessoas negras. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. ago 2020; 2 (5): 734-741. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/36913>.
- [2] Costa MC. Clínica Anímica: agenciamentos entre corpos humanos e não-humanos como produção de subjetividade [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2017.
- [3] Trindade AL. Valores Civilizatórios Afro-brasileiros na educação infantil. MEC – Valores afro-brasileiros na Educação. Boletim; 2005. v.22.
- [4] Costa JC. Afro-acessibilidade Cultural [Trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE

Carla Pinto Coelho Hutter¹

Michel Cabral Pacheco

Rafaela Martinho Tobler

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher está intrinsecamente ligada à história das relações sociais e manutenção da estrutura patriarcal, que privilegia os interesses masculinos e reforça a subordinação feminina. Tais fatores, associados a aspectos culturais e transgeracionais, operam a naturalização da violência contra a mulher, que pode acarretar à vítima sentimento de culpa e vergonha, fazendo-a crer que merece as múltiplas formas de violência [1]. A Lei Maria da Penha, 11.340/06, define violência doméstica e familiar: “qualquer ato que venha a causar morte, lesão, dano físico, moral, patrimonial, sexual e psicológico à mulher, pela condição de ser mulher ou por aspectos de vulnerabilidade, independentes de orientação sexual, no âmbito familiar, doméstico e em qualquer relação íntima de afeto”. O ciclo da violência repete-se de forma contínua e carece de mecanismos de enfrentamento. Pesquisa publicada em 2025 refere que a violência psicológica alcançou 23,4 milhões de mulheres brasileiras acima dos 16 anos, o que representa 40,7%. 12,8% foram isoladas de familiares e amigos, 26,7% agredidas com tapas e empurrões, 21,1% obrigadas a manter relações sexuais com parceiro e 10,3% impedidas de acessar assistência médica, comida ou dinheiro. Quanto à raça/cor de vítimas de violência, pretas/pardas correspondem a 41,9%, brancas 37,8%. Sobre a presença de filhos, 43,8% mães, 33,7% não mães [2].

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar como a experiência de residentes de Psicologia na Atenção Básica, no município de Petrópolis/RJ, surge como espaço privilegiado para acolhimento e cuidado dessas mulheres. A participação de Residentes de Psicologia na atenção primária tem se mostrado prática significativa na atuação multiprofissional, favorecendo a criação de vínculos e escuta humanizada, essenciais para a identificação de situações de violência e planejamento de intervenções efetivas [3].

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, baseado na experiência de duas residentes de psicologia e do preceptor de psicologia, durante o primeiro ano de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto

(UNIFASE), no período de abril de 2024 a abril de 2025, na cidade de Petrópolis–Rio de Janeiro. A Residência Multiprofissional caracteriza-se por ser uma especialização que alinha teoria e prática, permitindo que os psicólogos trabalhem diretamente no campo de estudo.

RESULTADOS

Quanto aos resultados, foi possível observar, durante a vivência em campo, que a Atenção Básica, como porta de entrada do SUS, situada em territórios de maior vulnerabilidade, atua constantemente com casos de violência doméstica. As consultas psicológicas que acontecem nos Postos de Saúde da Família são uma grande ferramenta de acolhimento e enfrentamento dessa violência. Para além delas, é possível identificar casos de violência em interconsultas, contemplando a atuação conjunta de outros profissionais da saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) utiliza a visita domiciliar como ponte importante de fortalecimento de vínculos com a comunidade, permitindo maior aproximação com as famílias do território e conhecimento de situações de riscos sociais. Ao realizar uma visita domiciliar, o Psicólogo compreende mais acerca da dinâmica familiar e das condições em que estão inseridas [4]. Já o Programa Saúde na Escola tem como uma de suas ações anuais a prevenção da violência, tendo papel preventivo a partir da atuação com crianças e adolescentes. O trabalho com jovens inseridos nesses contextos permite o combate à perpetuação dessa violência que, muitas vezes, ocorre de forma geracional [5]. É imprescindível a realização de um trabalho intersetorial no enfrentamento da violência doméstica, integrando áreas da saúde, assistência social, justiça, educação e segurança. O profissional na ESF precisa estar em constante contato com outros setores, a fim de garantir a integralidade do cuidado das mulheres. Ao Psicólogo na ESF cabe também realizar trabalho de matriciamento, contribuindo com informações e condutas que qualifiquem outros profissionais que atuam nos postos. Atividades coletivas, como grupos e salas de espera, também são espaços de intervenção e prevenção[6].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que este relato de experiência evidencia a Estratégia de Saúde da Família como espaço privilegiado para a prevenção e a ruptura do ciclo de violência e destaca também a importância do papel dos Residentes de Psicologia no enfrentamento dessa temática. O papel preventivo da ESF permite a identificação e o manejo dos casos de forma multidisciplinar e intersetorial. Ressalta-se o vínculo entre profissional-atendida como o grande potencializador desse cuidado, através da escuta cuidadosa, empática, qualificada, humanizada, atenta às singularidades e complexidades que permeiam a vida das pessoas em situação de violência, através do acompanhamento contínuo, seguindo o princípio da longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Bini MCN, Silva AMB. Violência contra a mulher: uma revisão sistemática da literatura na perspectiva da psicologia. *Gerais: Rev Interinst Psicol.* 2023;16(2).

- [2] Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil: pesquisa nacional com o Instituto Datafolha. São Paulo: FBSP; 2025.
- [3] Costa RL, Almeida MML. A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. Rev Univassouras [Internet]. 2021 [acesso em 2025 abr 4];6(1). Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1778>.
- [4] Moreira TDNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde Soc. 2014;23:814-27.
- [5] Partelli MC, Monteiro WLN, Iglesias A. A violência e o cuidado a crianças e adolescentes: relato de experiência da residência multiprofissional em Saúde no Programa Saúde na Escola. Rev Bras Pesqui Saúde. 2021;23(supl 1):62-73.
- [6] Moreira MIC, Dias EP. O enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Psicol Rev. 2020;26(1):187-207.

ATUALIZA APS: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DO ACS PARA O CUIDADO INTEGRAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rebeca de Araujo Duarte¹

Paula de Souza Carneiro

Cynthia Amorim Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva, enquanto campo de práticas e saberes [1], orienta-se por princípios ético-políticos voltados à defesa da vida, da equidade e da participação social. [2] No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), esses princípios se materializam na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que exercem um papel estratégico na mediação entre o sistema de saúde e os territórios. [2,3] Entretanto, a efetivação desses princípios depende do fortalecimento das condições de trabalho e da qualificação contínua dos profissionais. [4,5] Nesse sentido, os seminários de gestão realizados no município do Rio de Janeiro têm se consolidado como espaços potentes de reflexão sobre os processos de trabalho, alinhados às prioridades da Secretaria Municipal de Saúde e ao enfrentamento dos desafios do cenário epidemiológico local. Foi nesse contexto que se evidenciaram fragilidades na realização das visitas domiciliares e nos registros em prontuário eletrônico, indicando a necessidade de uma ação educativa estruturada. Surge, assim, o “Atualiza APS”, projeto de formação com carga horária ampliada que apresenta as linhas de cuidado prioritárias da Saúde da Família e aproxima os ACS do conceito e da prática do cuidado integral. A experiência reafirma o compromisso com um sistema de saúde universal e decolonial, baseado na valorização dos saberes do território e na construção de práticas emancipatórias.

OBJETIVO

Qualificar a atuação dos ACS por meio da educação permanente estruturada a partir das linhas de cuidados prioritárias da Estratégia de Saúde da Família e da prática do cuidado integral aos usuários no território.

METODOLOGIA

O “Atualiza APS” configura-se como um processo formativo de longa duração, fundamentado nos princípios da educação permanente em saúde, voltado à consolidação do cuidado integral na Estratégia Saúde da Família. A partir da avaliação dos seminários de gestão dentro de uma Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro, foram identificadas fragilidades na abordagem dos usuários em visitas domiciliares e na qualidade dos registros no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Em resposta, foi desenvolvido um percurso formativo com carga horária ampliada destinado a

1

E-mail: enfrebecaduarte@gmail.com

todos os ACS desta área de planejamento, que ambienta os profissionais nas linhas prioritárias de cuidado e promove uma imersão crítica nos conceitos estruturantes da APS. As oficinas foram conduzidas com metodologias ativas e dialogadas, abordando temas como redes de atenção, determinantes sociais da saúde, vínculo, escuta qualificada e vigilância em saúde, articulando teoria e prática. O projeto valoriza o território como espaço pedagógico e político de cuidado e reconhece o ACS como sujeito ativo na construção de um modelo de saúde emancipador. Ao propor uma formação crítica e situada, o “Atualiza APS” rompe com lógicas normativas e prescritivas de capacitação e fortalece uma APS baseada em princípios de universalidade, integralidade e equidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O “Atualiza APS” reforça a potência da educação permanente como ferramenta estratégica para o fortalecimento da APS e a valorização do ACS como agente do cuidado. A experiência demonstrou que o aprofundamento formativo sobre as linhas de cuidado e os princípios da Saúde Coletiva amplia a capacidade de atuação crítica e territorial dos ACS. Ao reconhecer o saber local e promover práticas dialógicas, o projeto contribui para a construção de um sistema de saúde universal, público e decolonial, coerente com os desafios contemporâneos da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Ceccim AF, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
- [2] Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- [4] Campos GWS. Educação Permanente em Saúde: reflexões estratégicas. *Cien Saude Colet*. 2009;14(3).
- [5] Mendes EA. A construção social do SUS: uma reflexão a partir da educação permanente. *Saude Debate*. 2012;36:98-104.

AUDITORIA INTERNA DO SUS: UMA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DOS CONVÊNIOS DA SAÚDE INDÍGENA

Luciléia Aguiar da Silva¹

Raimunda Nonata Carlos Ferreira

Fredson dos Santos Lima

Letícia Siqueira de la Plata

Sandro Gerardi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A constituição do Estado ocorre em função da administração do território e da garantia dos direitos aos cidadãos, para a promoção do bem comum, por meio do desenvolvimento do poder político. [1] Para tanto, são instituídas políticas públicas, na perspectiva da governança, enquanto mecanismo de liderança, estratégia e controle para o alcance dos resultados pretendidos. [2]

A auditoria interna atua como uma instância de apoio à governança, prestando avaliação objetiva e independente, a fim de promover a inovação e a melhoria da gestão. [2]

A auditoria interna do Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para a melhoria do acesso às ações e aos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, com qualidade, sendo atribuição institucional do DenaSUS/MS, com foco na avaliação das políticas públicas de saúde, objetivando a proposição de melhorias no gerenciamento de riscos, de controles e de governança à gestão da saúde pública.

Em 2023, o DenaSUS previu no seu planejamento anual, a realização de auditoria na política de saúde indígena e em 2024, foram realizadas auditorias em 18 convênios, situados, prioritariamente, na Região Norte do país, com o objetivo de avaliar o volume de recursos repassados, frente os mecanismos de fiscalização e acompanhamento da execução do convênio e das ações de saúde indígena, pela SESAI.

OBJETIVO

Apresentar o resultado da auditoria realizada pelo DenaSUS, que teve o objetivo de avaliar a conformidade dos recursos financeiros, repassados via convênios, aplicados na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em relação aos mecanismos de fiscalização e acompanhamento da execução e das ações de saúde indígena, mediante o processo de monitoramento pela SESAI, para assegurar o acesso à prestação de serviços de saúde, respeitadas as especificidades dos povos indígenas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, voltada para a execução de um trabalho profissional, que tem a função de possibilitar a melhoria da gestão da saúde indígena; e, é

1 Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: raimunda.carlos@saude.gov.br

descritiva quanto aos objetivos, tendo em vista que cabe à auditoria registrar o processo de realização da gestão dos convênios e constatar os acontecimentos à época dos fatos ocorridos. [3]

O presente trabalho foi estruturado a partir da triangulação na coleta de dados, em que se utilizou de várias fontes para a obtenção de evidências, onde têm-se: (1) Aplicação da Matriz RECI, por meio de entrevistas realizadas com a equipe da SESAI; (2) Auditoria de Conformidade, com realização de pesquisa documental para desenvolvimento da matriz de planejamento e leitura de diversos documentos relativos aos convênios auditados e; (3) Reuniões com a equipe do SIASI/SESAI, para entendimento pela equipe de auditoria a respeito da dinâmica interna de trabalho da SESAI e do funcionamento dos diversos sistemas de informação utilizados na saúde indígena.

RESULTADOS

Os exames realizados permitiram concluir que existem falhas no controle das ações, em todas as fases dos convênios, a saber, na celebração, no acompanhamento da execução e dos resultados gerados, tendo em vista que os recursos transferidos para a prestação de serviços e realização de ações complementares na atenção à saúde indígena são geridos em desacordo com a legislação pertinente.

Cabe ressaltar que as situações verificadas são semelhantes a outras ocorridas em auditorias anteriores, relativas aos convênios celebrados no âmbito da saúde indígena e, apontadas pelos demais órgãos de controle. Entretanto, verificou-se que as falhas encontradas decorrem, sobretudo, de causas estruturantes e gerenciais inerentes à governança, sob a responsabilidade da SESAI.

Os resultados do trabalho permitiram verificar que existem ambiguidades nos processos de controle realizados pela SESAI, associadas à complexidade de entendimento quanto à execução e ao acompanhamento das ações da saúde indígena, podendo estar diretamente ligada ao não entendimento do normativo publicado pela Secretaria.

Constatou-se uma dificuldade da equipe da área técnica em informar qual o papel dos agentes durante o processo relacionado aos convênios, inclusive de entendimento quanto à responsabilidade estabelecida para cada um, dada a verificação da ausência de uma uniformização de conhecimento da própria equipe técnica da SESAI, quanto aos procedimentos e normas básicas de sua competência.

Soma-se a isso, a ausência de um fluxo de processos, a sobreposição de atuação de diversos agentes em uma única atividade e a ausência de atuação de agentes em atividades que são de sua competência, o que corrobora para a ocorrência das diversas impropriedades e irregularidades constatadas nas auditorias de conformidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As deficiências identificadas nos controles e acompanhamento da execução dos convênios sinalizam o possível não cumprimento da prestação dos serviços à saúde das populações indígenas, de modo a assegurar a gestão dos recursos em conformidade com a legislação pertinente.

As impropriedades detectadas no trabalho de conformidade requerem a implementação das recomendações propostas, além de uma atuação da SESAI, de forma a mapear os riscos do processo de transferência voluntária, para possibilitar a melhoria dos processos de monitoramento e controles internos, avaliando os resultados decorrentes dos serviços prestados pelas entidades contratadas, quanto ao valor dispendido, à quantidade e à qualidade dos serviços prestados e à necessidade dos serviços.

As unidades gestoras devem priorizar medidas para aperfeiçoar os seus controles internos, adotando correções quanto à fiscalização e à prestação de contas, a fim de elidir e evitar as irregularidades mencionadas nos achados de auditoria.

REFERÊNCIAS

- [1] Júnior DPS, Santos JA. O papel da auditoria interna no apoio à governança: indicativos históricos de integração na administração pública [Internet]. Desafios. 2025 mar 8 [citado 2025 mar 31];10(4). Disponível em: https://doi.org/10.20873/DossieGov.Sust_6
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1 SESAI/MS, de 17 de dezembro de 2020. Consolidação de normas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 mar 14]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2020/prc0001_18_12_2020.html
- [3] Prodanov CC, De Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [Internet]. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013 [citado 2025 mar 31]. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: EXPERIÊNCIA DE UM DOUTORADO SANDUÍCHE

Clara Gouveia de Souza¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como componente-chave dos sistemas de saúde, associada à maior equidade no acesso, melhores desfechos em saúde e maior eficiência. Por ser a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, assume papel central na organização dos sistemas e na resposta às necessidades da população^{1,2}. Nesse sentido, a avaliação do seu desempenho torna-se estratégica para a produção de informações, apoio à tomada de decisões e planejamento de intervenções³.

Minha formação acadêmica e trajetória profissional são voltadas para este nível de atenção à saúde. Atualmente, sou doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), e minha pesquisa é sobre o desempenho da APS nas capitais brasileiras frente às reformas e contrarreformas ocorridas na política nacional entre os anos de 2011 e 2023.

Com intuito de ampliar o olhar para além do contexto nacional, realizei um estágio doutoral na ENSP da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA), entre novembro de 2024 e janeiro de 2025, por meio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE/CAPES). A experiência permitiu aprofundar o conhecimento sobre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, com foco na contratualização, no uso de indicadores de desempenho e nas percepções de gestores e profissionais sobre seus efeitos, desafios e perspectivas futuras.

OBJETIVO

Descrever e refletir sobre a experiência vivida durante o estágio doutoral realizado em Portugal, entre novembro de 2024 e janeiro de 2025. Por meio da análise documental, da imersão institucional e da escuta de atores-chave, buscou-se identificar concepções, práticas e desafios enfrentados no contexto português, a fim de extrair aprendizados que possam enriquecer o debate e inspirar reflexões no campo da APS no Brasil, Portugal e outros países.

METODOLOGIA

A experiência teve início no processo seletivo, com articulação entre orientadora no Brasil, contato com o futuro coorientador no exterior, elaboração do plano de estudos e inscrição — que exigiu respostas detalhadas sobre o interesse no estágio. Em Portugal, a vivência envolveu análise documental e entrevistas com atores-chave dos CSP. Foram examinados estudos e documentos sobre

1 E-mail: claragsouza@gmail.com

contratualização, o que permitiu compreender melhor as políticas e práticas em vigor e construir um roteiro de entrevistas mais contextualizado. Reuniões com o coorientador foram fundamentais para adequar esse roteiro ao contexto português — ali denominado “guião”. As entrevistas foram realizadas com gestores, técnicos e acadêmicos envolvidos na gestão e formulação de políticas para os CSP, buscando captar percepções, desafios e potencialidades do modelo. Um diário de campo foi mantido ao longo de todo o processo, como instrumento de apoio reflexivo.

A imersão no sistema de saúde português revelou-se marcante ao evidenciar que, apesar das diferenças estruturais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrenta desafios semelhantes aos do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa constatação proporcionou um olhar mais realista e empático sobre os limites e potências de ambos os sistemas. Uma decisão importante foi a escolha pelo uso do conceito de “contratualização” em vez de “avaliação de desempenho”, após orientação do coorientador e de uma profissional parceira, atuante na academia e no SNS. A mudança trouxe mais clareza quanto ao foco do estudo e facilitou o diálogo com os interlocutores sobre indicadores.

No modelo de contratualização, chama atenção a ausência de metodologia consolidada e nacionalmente estruturada de monitoramento e avaliação de resultados. Embora os indicadores sejam reconhecidos como de boa qualidade, há a percepção de que apresentam fragilidades. Faltam momentos de troca e construção coletiva, o que torna o processo verticalizado, contrariando o princípio de negociação implícito na contratualização.

Em contraste, o Brasil apresenta avanços, sobretudo na institucionalização de práticas avaliativas na APS. Mesmo com oscilações políticas, há algum grau de avaliação do desempenho incorporado à política nacional de financiamento, com documentos orientadores e estratégias como o Pagamento por Performance (P4P). Curiosamente, Portugal inspirou iniciativas no município do Rio de Janeiro sobre o P4P, mas parece não ter desenvolvido essa estratégia de forma tão robusta. Outro contraste importante está na autonomia profissional: enquanto no Brasil o enfermeiro vem ampliando sua atuação no cuidado direto e na gestão, em Portugal o modelo ainda é bastante médico-centrado. Soma-se a isso uma tendência de hospitalocentralidade nos CSP, acentuada com a ampliação das Unidades Locais de Saúde (ULS), que integram hospitais e centros de saúde sob uma mesma gestão. Essa configuração tem gerado preocupações quanto à preservação da lógica territorial e da centralidade da APS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A vivência permitiu aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre os Cuidados de Saúde Primários em Portugal, com ênfase na contratualização e na avaliação de desempenho. Como pesquisadora, a experiência internacional ampliou o olhar sobre a complexidade e relevância da APS, além de evidenciar a existência de uma rede acadêmica comprometida com a produção de conhecimento qualificado. Como profissional, foi inevitável a inquietação diante de desafios recorrentes e da constante ameaça de desvalorização desse nível de atenção — sentimento que conecta ambas as dimensões da minha trajetória. Os aprendizados dessa imersão alimentarão reflexões comparativas na tese e reforçam

a urgência de defender a APS como base estruturante de sistemas de saúde mais equitativos, integrados e resolutivos. Análises mais aprofundadas derivadas desta experiência estão sendo sistematizadas em um artigo científico atualmente em elaboração.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS–Contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS; 2011.
- (2) Corrêa DSRC, Andrade GRB, Vieira-da-Silva LM. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2031–41.
- (3) Motta ALB. Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica em saúde no estado do Rio de Janeiro [dissertação]. 2017.

AVANÇOS TECNOLÓGICOS E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO: UMA ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ELIMINAÇÃO DA DOENÇA NO BRASIL

William Pereira Santos¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo uterino é uma das doenças mais comuns na população feminina. Considerando a mortalidade anual, é um problema de relevância pública, que requer estratégias de saúde eficazes para controle da doença e garantia da qualidade de vida. O protocolo para conter o avanço da doença inclui o teste citológico para análise das alterações causadas pelo HPV, condição biológica necessária para desenvolvimento das lesões precursoras. Apesar da ampla cobertura do exame em território nacional, o câncer de colo uterino é o terceiro mais comum entre as mulheres e a principal causa de morte em muitos países¹.

OBJETIVO

Discutir pontos-chave do Plano Nacional para eliminação do câncer do colo uterino (MS), com ênfase no fortalecimento das estratégias de formação profissional e ampliação das técnicas de diagnóstico.

METODOLOGIA

Revisão da literatura e integração de dados secundários, como estudos científicos e publicações do Ministério da Saúde. A análise concentra-se nas práticas de monitoramento e vigilância, além de discutir o papel da Educação Permanente em Saúde (EPS) para qualificação profissional.

RESULTADOS

Em 2020, a OMS estabeleceu a estratégia global de eliminação do câncer de colo uterino até 2030, garantindo que não seja mais um problema de saúde pública. Para que a meta seja alcançada, é necessário estabelecer estratégias que preveem, sobretudo, acesso e adesão da população aos serviços de saúde, superando dificuldades geográficas, financeiras e culturais, com a garantia de recursos e profissionais para sustentar e manter a organização das políticas de rastreamento e controle da doença. As estratégias de monitoramento, vigilância e avaliação, também perpassa pela necessidade de fortalecimento da formação profissional^{1,2}. O Plano Nacional deve reconhecer a relevância da EPS, que busca mudanças institucionais, promovendo reflexões críticas e transformação das práticas. No caso do controle do câncer de colo uterino, a EPS é fundamental para apoiar e qualificar as campanhas

1 Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.com

vacinais contra o HPV, motivando a população a aderir ao Plano de Imunização, e estabelecer parcerias interinstitucionais, como com escolas, por exemplo, para vacinação em massa. A EPS também é válida para sustentar convites ativos para a população elegível ao rastreo citológico. A EPS expande a prática do cuidado ao conscientizar as pessoas sobre a importância da prevenção e do acompanhamento regular. Essas estratégias capilarizam o trabalho da Atenção Básica no território e evitam falhas na assistência à população²⁻⁴. Com o avanço da biotecnologia, há uma crescente tentativa de substituir o teste citológico convencional, amplamente utilizado no serviço público no Brasil, pela citologia de base líquida. A EPS torna-se relevante para qualificar os profissionais responsáveis pela avaliação microscópica dos espécimes, como citotécnicos, que apoiam os Programas de Controle de Câncer de Colo Uterino, garantindo adaptação às novas técnicas e aperfeiçoando a qualidade do diagnóstico. Há diferenças, ainda que sutis, entre os aspectos celulares da citologia preparada pelo método convencional e em meio líquido, reforçando a relevância da educação em saúde para a formação contínua dos trabalhadores envolvidos na análise e emissão de diagnóstico, garantindo precisão e qualidade na etapa^{3,4}. A citologia de base líquida apresenta vantagens significativas em relação ao método convencional, como redução de artefatos para melhor avaliar o padrão celular, mas principalmente, apresenta a possibilidade de realizar testes mais específicos para a detecção do HPV, como testes moleculares que detectam o DNA do vírus. Além disso, permite a preservação do material biológico, possibilitando a realização de exames complementares posteriormente, caso necessário, eliminando a possibilidade de nova coleta para rastreo. Em 2023, o Ministério da Saúde (MS), lançou a proposta de incorporar o teste molecular de HPV no programa de controle e prevenção da doença, com aprovação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁵. A implantação da inovação, porém, ainda não é uma realidade, e a adesão e acesso ao programa permanecem desafios¹. O Plano Nacional para Eliminação do Câncer do Colo do Útero (MS) deve assegurar a implantação de programas adequados de monitoramento do câncer de colo uterino de forma que inclua a capacitação e atualização com relação às novas técnicas de diagnóstico. É crucial referenciar explicitamente trabalhadores envolvidos no rastreamento e controle da doença, como citotécnicos e outros profissionais da saúde. Sem o reconhecimento das categorias profissionais envolvidas, como os citotécnicos, que há anos se ocupam com os programas de controle do câncer de colo uterino e seguem sem reconhecimento, invisibiliza os profissionais e fragiliza-se a eficácia dos programas de prevenção, prejudicando o sucesso das estratégias de controle da doença^{3,4}.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O câncer de colo uterino há tempos vitimiza a população. A eliminação da doença deve ser uma multifacetada apostando no avanço tecnológico para melhorar as condições de diagnóstico e tratamento, bem como na educação em saúde como forma de capacitar os trabalhadores envolvidos. Uma solução seria recrutar profissionais já formados e com experiência em diagnóstico para treinar e atualizar os trabalhadores da saúde, além de propor cursos presenciais ou online para garantir a formação contínua, garantindo a capilaridade das estratégias propostas para controle da doença. Os

curios podem abordar desde as técnicas e interpretações de diagnóstico às atualizações com relação aos avanços na área. Políticas de saúde eficazes devem integrar tecnologia, educação contínua e garantia de acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos WP, Borges VSS, Oliveira CV, Júnior JE, Ferla AA. Controle do câncer de colo uterino: análise crítica das novas estratégias no Brasil. *Saúde em Redes*. 2024;10(Supl. 2).
- (2) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Plano Nacional de Eliminação do Câncer do Colo do Útero será discutido em simpósio. Rio de Janeiro: INCA; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2024/plano-nacional-de-eliminacao-do-cancer-do-colo-do-utero-sera-discutido-em-simposio>.
- (3) Ferla AA. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plur*. 2021;5(2):81-94.
- (4) Santos WP, Ferla AA. As equipes de saúde não têm citotécnicos! O exercício da profissão e a invisibilidade social do trabalho nas linhas de cuidado mais relevantes no contemporâneo. In: Londero CA et al., organizadores. *Costuras da saúde coletiva em movimento*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde incorpora teste inovador para detecção do HPV em mulheres. Biblioteca Virtual em Saúde. 2024. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/ministerio-da-saude-incorpora-teste-inovador-para-deteccao-do-hpv-em-mulheres/>.

BENZEDEIRAS, PARTEIRAS E CURANDEIRAS: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO TRADICIONAL PARA A SAÚDE, EM DUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS EM SANTARÉM, PARÁ

Geovana Lima Pereira¹

Silvio Almeida Ferreira

Thiago Almeida Vieira

Ana Maria Silva Sarmento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As denominações “benzedeiras, parteiras e curandeiras”, são utilizadas para caracteriza mulheres que utilizam o conhecimento ancestral para cuidar das pessoas em comunidades tradicionais da Amazônia, essas pessoas benzem, rezam, ensinam chás, puxam (massageiam) partes do corpo com luxações, contusões ou até mesmo doloridas, normalmente são procuradas para atendimento primário à saúde, pois, na maioria das comunidades não existem Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Nas comunidades remanescentes de quilombos, as identidades culturais foram construídas no seio da luta por melhores condições de vida, onde homens e mulheres que puxam, curam e benzem fazem parte dessa construção e seus conhecimentos sobre o emprego de recursos naturais para o tratamento de doenças e promoção da saúde os colocam em destaque no repasse de costumes, crenças, ritos e lendas [1].

Salienta-se que é fundamental o reconhecimento dos agentes da benzeção e de cura pela comunidade e pelo praticante da sabedoria popular, já que a demonstração do conhecimento e a prática de cura são muitas vezes marginalizadas [2]. No Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de cuidados envolvendo conhecimento tradicional podem ser incorporadas como práticas integrativas e complementares, pactuando o saber científico com o popular, seja em UBSs ou em outros locais.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é destacar a importância de benzedeiras, parteiras e curandeiras amazônicas na atenção primária à saúde, em duas comunidades quilombolas no município de Santarém, Pará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado em duas comunidades remanescentes de quilombos: Murumuru e Saracura, ambas estão localizadas na zona rural do município de Santarém, Pará.

1

Universidade Federal do Oeste do Pará. E-mail: geovana_lpereira@hotmail.com

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra para a sistematização das informações. Foram entrevistados 18 participantes em cada comunidade, maiores de 18 anos.

A seleção dos participantes foi realizada de forma aleatória simples. Para a interpretação e análise dos dados obtidos das entrevistas, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) [3].

Foi feito um quadro para cada pergunta denominado como Instrumento de Análise de Discurso I (IAD I). Após esse processo, foram construídos quadros com as Ideias Centrais, Expressões-Chave e o DSC propriamente dito. Esta etapa, foi denominada como Instrumento de Análise de Discurso II (IAD II), ressalta-se que nesta etapa utilizou-se a linguagem coloquial.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), sob o parecer *consubstanciado* nº 5.874.612.

RESULTADOS

Quadro 1–DSC – IAD II dos participantes.

	DSC DE MURUMURU	DSC DE SARACURA
BENZEDEIRAS	Como benzeadeira tem a dona Martinha. Tem a tia Ancila ali que reza em vermelha, em espinha de peixe na garganta, também tem a Leisi e a comadre Evaína.	
PUXADEIRAS	A nossa puxadeira mais antiga é a dona Martinha, o pessoal põe fé nela, quando eu trabalhava eu caí com saco de mandioca descendo a serra e ela deu jeito. As pessoas vêm de longe para cá pra puxar com a dona Martinha, pra remédio também porque ela sabe bastante chá.	Aqui no quilombo tem a dona mocinha que puxa e que é benzeadeira, tem gente que vai lá principalmente quando o filho tá com quebranto. Tem um sobrinho meu que é curador também, só mandei ele dar uma puxada no meu pescoço, se dão bem com ele pra concertar dismintidura.
PARTEIRAS	Tem parteiras, mas é muito difícil elas fazerem parto aqui, agora as mulheres vão mais pro hospital. Só se for casos de emergência, já teve caso da mulher parir no meio do rio indo pra cidade, a menina que pegou cortou o umbigo da criança com uma gilete. Aqui teve mulher que parou de fazer o pré-natal por conta de que não quiseram aceitar no posto, aí teve que ir lá pro Tapará Grande e era bem difícil, não tinha nem marido e condições financeiras e ela acabou tendo a filha dela aqui.	Tinha a finada Sabá Pereira. Quando me dava dor se eu não visse ela logo eu não ficava satisfeita. Tinha a finada que também era parteira. Depois que elas se foram, ficou a Tarcila, eu preferia ter meus filhos aqui na comunidade do que me levarem para a cidade, tinha muito mais segurança com ela. Outro dia, quando a minha vizinha foi ter o bebê ela que veio dar uma olhadinha na barriga dela, falou que estava na hora dela ir para a cidade e tava mesmo na hora.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Em Murumuru e Saracura a presença de parteiras, benzeadeiras e curandeiras ainda é respeitada. Nesses quilombos, a procura por essas mulheres se configura como uma forma de valorização da cultura,

do conhecimento popular e do ato de cuidar, além disso, a confiança (fé) nessas pessoas é repassada de pais para filhos.

O acompanhamento e a assistência às grávidas de Saracura nas unidades da zona urbana de Santarém não é respeitada, pois, alegam que a comunidade está sob a responsabilidade de outra unidade de saúde. Salienta-se que o SUS é universal, portanto, é imprescindível o treinamento das equipes de saúde, já que o não atendimento da parturiente é um empecilho para que o parto seja feito de forma segura.

Os conhecimentos tradicionais são importantes para a saúde nas comunidades quilombolas, e portanto, existe a necessidade de se criar políticas públicas que possam unir o conhecimento científico com o tradicional, respeitando e valorizando a cultura desses povos.

REFERÊNCIAS

- [1] Mendes DS, Cavas CST. Benzedeiras e benzedeiros quilombolas – construindo identidades culturais. Interações. 2018. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/1568>.
- [2] Barros EA. O benzer quilombola amazônica: a resistência ao modelo oficial de saúde e o fortalecimento de comunidades afrodescendentes de Óbidos-Pará [dissertação]. Santarém: Universidade Federal do Oeste do Pará; 2019.
- [3] Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

CAFÉ COM IDEIAS: UMA FERRAMENTA EFICAZ DE ESCUTA ATIVA E ACOLHIMENTO DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE DO MUNICÍPIO DE BETIM-MG

Natália Priscila Mota de Abreu¹

Amanda Gonçalves de Souza

Gabriel Silva Baleeiro

Rayanne Rodrigues Rosa

Sara Cristina Zam

Vitória Regina Assis Reis

Wilma Dantas Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde, definido pela Portaria Interministerial nº 421 de 3 de março de 2010, tem como objetivo proporcionar a educação por meio do trabalho. O edital do PET em sua atual versão (2024-2026) traz o tema da Equidade voltada para a valorização das trabalhadoras do SUS. Um dos projetos inscritos e aceitos no Programa foi o PHATOS – Projeto de Acolhimento à Trabalhadora Hospitalar. Este grupo é composto por uma coordenadora, uma tutora, duas preceptoras e dez alunos dos cursos de Direito, Medicina, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia. O grupo tutorial PHATOS realiza intervenções que visam promover o cuidado e a valorização das trabalhadoras do SUS que compõem o quadro de servidores e prestadores de serviços dentro do Hospital Público Regional Osvaldo Franco (HPRB), um hospital de grande porte no município de Betim-MG. Uma das intervenções foi a realização de um encontro que tinha como objetivo promover a escuta acolhedora desses profissionais. Em pertinência com essa proposta, optou-se pela metodologia “Café com Ideias”. O objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência do grupo tutorial na realização da oficina “Café com Ideias: quem me escuta?”, realizada com trabalhadores do HPRB.

METODOLOGIA

O “Café com ideias” consiste numa dinâmica de grupo onde as pessoas se reúnem em um ambiente descontraído, para compartilhamento de experiências, desafios e construção de propostas, (1). Dessa forma, essa ferramenta apresentou pertinência com o objetivo inicial do grupo tutorial. Houve ampla divulgação entre os trabalhadores do Hospital e o local escolhido foi o auditório do HPRB a fim de facilitar a presença e permanência dos trabalhadores.

A recepção para a dinâmica foi ao som de violão e de uma mesa de café, já que, de acordo com Brown (1), o ambiente deve ser receptivo e agradável para propiciar um diálogo acolhedor. Os coordenadores da oficina conduziram a formação de subgrupos compostos por representantes de

1

Secretaria Municipal de Saúde do município de Betim-MG. E-mail: equidadediopbetim@gmail.com

diferentes categorias profissionais. Cada pergunta teve um tempo de 10 minutos de debate. Ao final da discussão de uma questão, os participantes trocavam de grupo. Todos receberam material para registrar o que consideravam relevante nas discussões. Os extensionistas permaneceram nas rodas e faziam seus registros. Em seguida, houve o compartilhamento das experiências vivenciadas nos grupos e, por fim, a avaliação e encerramento do encontro.

RESULTADOS

Estiveram presentes na dinâmica 43 trabalhadores, atendendo as expectativas do PATHOS.

Verificou-se o emprego de todas as premissas no planejamento e execução da oficina “Café com Ideias”: definição do contexto; criação de um ambiente acolhedor; estabelecimento das questões importantes a serem exploradas; encorajamento para que todos contribuam; conexão das diversas perspectivas dos participantes; escuta coletiva das ideias e insights; e compartilhamento das ideias (2). Isso em função do planejamento prévio do grupo tutorial, bem como a execução das funções pelos bolsistas, a postura exercida enquanto anfitriões e a condução adequada nos pequenos grupos.

O encontro permitiu que os participantes ficassem à vontade para discorrer sobre as questões apresentadas, apesar das singularidades e complexidade que circundam o trabalho hospitalar (3). Os participantes de diferentes categorias, cargos e setores interagiram e dialogaram entre si sobre os diferentes pontos de vista acerca das perguntas norteadoras. A ambiência adequada favoreceu o senso de acolhimento e pertencimento. O formato circular dos subgrupos possibilitou a conexão dos trabalhadores. A mesa de café foi um atrativo e um ponto de conexão a mais para os participantes, permitindo-lhes um momento de afastamento de suas rotinas, ao mesmo tempo em que simbolizou uma acolhida afetiva. A partir do produto final apresentado por eles foi possível identificar que puderam se expressar espontaneamente, sentindo-se acolhidos. O objetivo central do evento foi alcançado: ofertar escuta e acolhimento aos trabalhadores do HPRB.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A escolha da dinâmica Café com Ideias foi assertiva, já que correspondeu ao objetivo proposto pelo PATHOS. O fato de ter sido realizada com trabalhadores de um hospital de grande porte não os impediu de participarem ativamente da dinâmica. O ambiente foi acolhedor e promoveu a descontração no grupo de trabalhadores, possibilitando, a partir das respostas construídas pelos grupos, identificar questões relevantes para o diagnóstico inicial do PET Saúde, no que diz respeito ao acolhimento do trabalhador da saúde em seu local de trabalho. Ademais, além do acolhimento e escuta, o encontro também foi fundamental enquanto ferramenta de diagnóstico situacional, pois, conforme previsto no cronograma do projeto, os dados registrados poderão ser qualitativamente analisados e servirão para fundamentar futuras intervenções. Concluiu-se pela pertinência da ferramenta “Café com Ideias” na integração ensino-serviço voltada ao cuidado/acolhimento do trabalhador hospitalar.

REFERÊNCIAS

- (1) Brown J. World Café Community. A Resource Guide for Hosting Conversations That Matter at The World Café. Whole Systems Associates; 2002. Disponível em: http://www.meadowlark.co/world_cafe_resource_guide.pdf.
- (2) Bazilio A, Silva M, Souza L, et al. Generating meaningful conversation: World Café in Strategic Interprofessional Planning in Continuing Education. Rev. Bras. Enferm. 2020;73(5):e20190279. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0279>.
- (3) Rocha MRA. Saúde do trabalhador no contexto Hospitalar [Tese]. Botucatu: Unesp; 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/f3596a32-4996-428a-90a0-455a901732e3/content>.

CAMINHOS E DESCAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA ETNOGRAFIA DA PRÁTICA COTIDIANA DOS SUJEITOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SITUADO NO INTERIOR PAULISTA

Anna Beatriz da Silva Viotto¹
Luís Antônio Francisco de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A inquietação que invadiu-me foi se *As práticas terapêuticas da atualidade portam consigo reverberações da Reforma Psiquiátrica?* Ou, “*há a oferta de um tratamento humanizado no Brasil após a concretização da RPB em 2001 com a Lei Antimanicomial?*” Tratar da RPB não é fácil, pois perpassa por direções delicadas em profusos aspectos; e examinar essa temática da RP com suporte nas condutas e ações indivíduos que são afetados e convivem no cotidiano com os impactos da reestruturação deste modelo, concede-nos a possibilidade de apreender como os *loucos* foram conduzidos nas lacunas da História. Ademais, possibilita constatar as mudanças nos paradigmas com o decorrer do tempo, a título de exemplo, a conversão da condição de *louco* para a condição de *indivíduo com transtorno psiquiátrico* e *cidadão portador de direitos*, os quais as movimentações da Reforma transformaram em lei. As críticas antagônicas desempenhadas pelo movimento ao modelo dos hospícios – atuou como um aviso à sociedade: os indivíduos viviam em situações inadequadas, com recursos insuficientes; além do rompimento contínuo com os direitos humanos, com terapêuticas ineficazes. É assim, e na efervescência da luta pela redemocratização no Brasil, que surgem os CAPS – que particularizam-se por um serviço de saúde aberto, no qual uma equipe multiprofissional atua em conjunto.

OBJETIVO

Esta pesquisa, que busca entender à luz da Reforma brasileira como são estruturadas as práticas assistenciais, procura construir uma etnografia de um Centro de Atenção Psicossocial situado em um município do interior de São Paulo. Anseia, por meio disso, criar um panorama de como são vistos os saberes dos sujeitos em uma política específica de saúde mental, como é o caso dos CAPS.

METODOLOGIA

Nesta etnografia, financiada pela FAPESP sob o processo nº 2023-13482-5 deixaram-me participar em duas práticas do CAPS: o Projeto Terapêutico Singular – PTS – e em dois grupos de apoio – o *grupo de dependência química adulto e álcool* e o *grupo de famílias DQ*. Os diálogos e os contatos em campo se deram nestas ocasiões, com a equipe multiprofissional e com os usuários do serviço ambulatorial – importou observar discursos, falas e vozes, seus argumentos; mas, além do mais,

1 Universidade Estadual Paulista. E-mail: abs.viotto@unesp.br

circunstâncias, condutas, os papéis e suas atuações. Quanto à postura que sustentei, se evidencia pela discrição, por mais que eventualmente fosse inalcançável – pelo papel que simboliza a identificação: “*ela é pesquisadora*”. Ou, “*ela é de Ciências Sociais e está aqui fazendo uma pesquisa*”.

O campo da saúde mental é um espaço de transformações, de quaisquer ordem e quaisquer resultados – resumam-se eles à transformação da experiência individual de outrem ou à de sua própria. Adentrar às vivências de um CAPS não é uma atribuição simples, requer ânimo, ousadia e disposição; é, para além disso, estar disposto a ser afetado em campo. À semelhança de Favret-Saada, que manifestou que “por mais que vivesse uma aventura pessoal fascinante, em nenhum momento resignei-me a não compreender” [1], encanto-me de maneira progressiva a cada ida à campo, pela oportunidade de absorver uma realidade cotidiana, que embora seja familiar, não encontra-se tão vizinha. A ousadia e disposição à que me refiro, dizem respeito às circunstâncias em que somos projetados numa etnografia em serviços de saúde. Uma pluralidade de semblantes e uma multiplicidades de diagnósticos movimentam-nos à isso, é inevitável. Em se tratando da saúde mental, a probabilidade de emergir alguma vivência individual dolorosa e lamentosa é significativa.

Isso dá-se em um município do interior de São Paulo, num bairro pacato apartado do centro movimentado, onde silêncio não acha-se nos pensamentos dos pacientes – aqueles que estão *desorganizados*² O ambiente à que me refiro, outrora acomodou um Ambulatório de Saúde Mental e Hospital-Dia³ – circunstância interessante, tendo em vista que “os Hospitais-Dia tenham sido os precursores históricos do CAPS” [2] – circunvizinho à UBS deste bairro, e sob um exterior em tonalidades de azul, de arranjo similar às nuances do céu em definidas horas do dia. À sombra de coqueiros, sobressai-se um painel informativo enunciando *Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I*.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É respaldado neste trabalho, que julgo ser de extrema necessidade ampliar as discussões em torno da RPB, mas para além disso, debater sobre a posição dos transtornos psiquiátricos e sua atenção, em especial em uma cidade do interior. Apreendo em cada ida à campo o que foi a Reforma Psiquiátrica olhando além da perspectiva da medicina, e espero ter construído um conhecimento de uma óptica sociológica, de um ângulo em que os indivíduos tenham sido ouvidos e que eu tenha feito jus às vivências individuais, à medida que “tudo nos leva à mesma conclusão: a necessidade de mais estreita intimidade entre o psiquiatra e o sociólogo” [3]. Portanto, neste debate ter trazido à luz a subjetividade dos indivíduos ligados aos fenômenos e meandros dos transtornos psiquiátricos, de suas ações e das ressignificações trazidas nas suas atuações cotidianas, ou seja, anseio por ter conseguido

2 (Caderno de campo, 2024). *Desorganizado* é a maneira a qual os diversos profissionais deste CAPS em particular empregam para designar o indivíduo que é assistido na Instituição e que experimenta e defronta-se com um situação de sofrimento psíquico.

3 Hospital-Dia é assinalado como uma atenção intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial. Desempenha assistência às pessoas no que tange a procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que exijam a permanência do indivíduo na Unidade por, no máximo, 12 horas.[4]

expressar em que razão o discurso da Reforma Psiquiátrica fora incorporado nas práticas cotidianas dos sujeitos e constituíram uma nova realidade e transformações na atenção primária à saúde mental, pois acredito firmemente, mesmo que em uma discussão parcial, que os princípios humanitários da Reforma atingiram um município do interior de São Paulo e que há tratamento horizontalizado entre os profissionais, apesar de todos os *descaminhos* que trouxe à tona.

REFERÊNCIAS

- [1] Favret-Saada J. "Ser afetado", de Jeanne Favret-Saada. Cad. Campo. 2005,13(13):155-61. Disponível em: <https://revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263>
- [2] Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist cienc saude-Manguinhos. 2002;9(1):25-59. Doi: [10.1590/S0104-59702002000100003](https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003)
- [3] Bastide R. Sociologia das doenças mentais. São Paulo: EDUSP; 1967.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Hospital-Dia. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/hospital-dia>.

CAPOEIRA ANGOLA COMO TECNOLOGIA ANCESTRAL AFROPINDORÂMICA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA À INTERSECCIONALIDADE

Joshua Badu Sales¹

Mônica de Rezende

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este texto reflete sobre o racismo enquanto determinante social e histórico, enfatizando a saúde mental e a agência da população negra na produção do cuidado. Partiu-se da perspectiva da determinação social dos processos de saúde-doença, considerando a interseccionalidade como uma ferramenta analítica que desnaturaliza o contexto hegemônico de produção de conhecimento, articulando possibilidades singulares—ao mesmo tempo que plurais. Neste cenário, a Capoeira Angola emerge como uma tecnologia ancestral afropindorâmica de cuidado, articulando valores civilizatórios afrobrasileiros, como ancestralidade, circularidade e memória. [1-5]

Buscou-se ampliar a capacidade crítico-reflexiva a partir de formas contracoloniais de saber e de cuidar que surgem da resistência da população negra e indígena em um contexto pós-colonial, na qual a concepção ocidental hegemônica se impõe a outras formas de saber/fazer. A saúde mental e o movimento antimanicomial no Brasil, por muito tempo, ignoraram a agência negra e indígena e suas contribuições para se pensar a integralidade do ser, o cuidado em liberdade, o acesso à cidade e a interconexão com o meio-ambiente e natureza.

OBJETIVO

Buscou-se questionar perspectivas hegemônicas da saúde, refletindo sobre como estas negligenciam as dimensões históricas, culturais e sociais da população negra. Através da Capoeira Angola, propõe-se uma forma outra de saber/fazer que transcenda os modelos biomédicos positivistas e neoliberais, reconhecendo as potencialidades de saberes e práticas contra hegemônicas como alternativas para o cuidado e promoção de saúde mental.

METODOLOGIA

A crítica ao determinismo social e ao marco teórico positivista, que embasam modelos biomédicos e neoliberais, amplia a compreensão dos processos de saúde-doença, indo além da análise individual e incluindo as coletividades em relação dinâmica com as estruturas de poder. Essa crítica é fundante do campo da saúde coletiva/medicina social, em um cenário antidemocrático latino-

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: joshuabadu@id.uff.br

americano que reivindica não somente a constatação e denúncia, mas também, e principalmente, a transformação social. [2]

A interseccionalidade, originada no feminismo negro, oferece uma valiosa ferramenta de análise para entender tanto as singularidades múltiplas quanto o modo como os marcadores sociais da diferença (raça, gênero, classe...) se interconectam e (d)enunciam. Ou seja, é um operador conceitual que dá voz e corpo a essas realidades, ajudando a definir e a comunicar as múltiplas dimensões das discriminações e opressões, mas também da potência que atravessam diferentes grupos sociais. [3] Aliada a perspectiva da determinação social dos processos de saúde-doença, essa ferramenta nos permite não apenas desnaturalizar as opressões, mas também reconhecer a agência das populações, repetidas vezes marginalizadas.

A partir dessas lentes, é possível fazer uma leitura da Capoeira Angola enquanto uma tecnologia ancestral afropindorâmica de cuidado em saúde mental. Compreendida como uma prática ético-estético-política e fundamentada em bases epistemológicas e ontológicas negras e indígenas, a Capoeira Angola não é apenas uma manifestação corporal, mas uma forma de fazer, sentir e pensar o mundo a partir de valores ancestrais afroindígenas. Para o escopo desta pesquisa, destacam-se a ancestralidade, a memória e a circularidade. [4,5]

A ancestralidade é a categoria ontológica da cosmovisão africana, e como tal, está para além das relações consanguíneas. Assentada no axé, ou seja, na força vital que permeia e conecta todos os seres vivos, a ancestralidade instaura uma interligação entre natureza e cultura, constituindo um compromisso com o que produzimos e consumimos para além de uma visada antropocêntrica.

A circularidade é uma compreensão da vida como retorno da diferença no comum/cotidiano; da singularidade na pluralidade; da existência enquanto devir, eternamente em processo de acontecer. Esse princípio se apresenta na Capoeira Angola através de sua dimensão dialógica e infinita, considerando a transformação e o movimento como imperativos da vida. [5]

A memória parte de uma construção coletiva e relacional, agregando a pluralidade de versões a um saber/fazer e considerando as existências em permanente construção, simultaneamente individuais e coletivas. A memória enuncia outros lugares na construção do conhecimento, buscando a transformação social e subvertendo a imposição arbitrária e violenta de uma história hegemônica que apaga e não reconhece seus movimentos anti-humanitários na busca da manutenção do poder.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Indivíduo-sociedade, natureza-cultura, saúde-doença, determinismo-liberdade, corpo-mente, sujeito-objeto, são algumas das dimensões tratadas hegemonicamente como dicotômicas. A partir dos valores civilizatórios afrobrasileiros, essas dimensões apresentam-se como paradoxais polarizações dialógicas/relacionais e não como binarismos opostos. É nesse sentido que a Capoeira Angola é apresentada como uma tecnologia ancestral afroindígena de cuidado em saúde mental, pois intenciona e cria meios de produzir autonomia comunitária, pertencimento e agência na relação com o mundo.

Esta abordagem visa, assim, promover uma saúde que não seja somente biomédica, mas também relativa a “[...] Conexão com o social, com a história, com a comunidade [...]”, [1] reconhecendo a agência das populações negras na construção de alternativas de cuidado dentro dos princípios da equidade e da justiça social.

REFERÊNCIAS

- [1] Santos AO. Saúde mental da população negra: uma perspectiva não institucional. Revista da ABPN. 2018;10(24):241-59. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/583>
- [2] Borghi CMS de O, Oliveira RM de, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na américa latina. TrabEduc saúde. 2018Sep;16(3):869–97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
- [3] Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen; 2019.
- [4] Brandão P; Trindade A L. Modos de brincar: caderno de atividades, saberes e fazeres. Rio de Janeiro: Fund. Roberto Marinho, 2010.
- [5] Rufino L; Peçanha CF; Oliveira E. Pensamento diaspórico e o “Ser” em ginga: deslocamentos para uma filosofia da capoeira. Rev. Humanidades e Letras, 2018;4(2):75-84.

CARTOGRAFIA DA REDE DE ATENÇÃO DAS PESSOAS LGBTQIAPNB+ DE JOÃO PESSOA/PB: ESPAÇOS E PROCESSOS DE GESTÃO

Gabriela Andrade Ferreira de Sá¹

Fernanda Prudêncio da Silva

Filipe Ferreira Costa

Anselmo Clemente

Juliana Sampaio

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída em 2011, é uma conquista histórica da luta dos movimentos sociais contra a violência institucional enfrentada pela comunidade nos serviços de saúde [1]. Em João Pessoa, esse contexto político de organização coletiva e de diretrizes federais, como o Brasil sem Homofobia, tornou-se terreno fértil para a implementação de políticas públicas importantes, como a Coordenadoria de Promoção à Cidadania LGBT e o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais “Fernanda Benvenutti”, ambos em 2013 [2]. No entanto, para a efetivação da integralidade do cuidado, são necessárias estratégias de gestão que articulem intersetorialmente os serviços de atenção das pessoas LGBTQIAPNB+. A gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) requer espaços de cogestão e produção coletiva do cuidado, com a presença de gestoras/es, trabalhadoras/es e usuárias/os. Tais espaços funcionam como dispositivos de transformação dos modos instituídos na gestão e na prática clínica, impactando diretamente no cotidiano dos serviços e na qualidade do cuidado ofertado. Nesse contexto, compreender a gestão da clínica torna-se uma estratégia essencial para fomentar práticas mais democráticas, éticas e voltadas para uma atenção integral e singular dos sujeitos [3].

OBJETIVO

Analisar os espaços e processos de gestão dos serviços de atenção das pessoas LGBTQIAPNB+ em João Pessoa/PB, com suas potencialidades e principais desafios.

METODOLOGIA

Este trabalho, de natureza qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob o CAAE: 79612124.2.0000.8069, se baseia na Cartografia como metodologia, buscando acompanhar as ações do Programa para Educação no Trabalho (PET-Saúde) da UFPB, GT Gênero e Sexualidade, composto por estudantes, docentes e profissionais de saúde. Adotou-se a perspectiva da pesquisa-interferência, que aposta no rompimento da neutralidade das pesquisadoras na relação com o campo, sendo os/

1

Universidade Federal da Paraíba. E-mail: gabriela.a.f.sa@gmail.com

as participantes (profissionais, gestores/as e usuário/as) também investigadores/as na produção de conhecimento [4]. Desde maio de 2024, o GT do PET-Saúde realiza atividades semanais no Ambulatório TT e na Secretaria Estadual de Saúde, onde atuam as preceptoras. As ações envolvem planejamento e atividades formativas, a partir das demandas locais, sendo registradas em diários de campo e analisadas coletivamente em reuniões de tutoria. Além disso, o GT vem se aproximando de reuniões colegiadas e espaços de controle social, como os conselhos, reconhecendo suas instâncias de gestão e de articulação da rede.

RESULTADOS

Além de serviços de saúde e políticas sociais universais, João Pessoa conta quatro com serviços especializados das pessoas LGBTQIAPNB+, sob diferentes instâncias de gestão: o Ambulatório TT, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde; o Centro de Cidadania LGBT, sob gestão da Coordenadoria de Promoção à Cidadania LGBT e Igualdade Racial do município; o Centro Estadual de Referência Pedro Alves de Souza (Pedrinho) e a Casa de Acolhida Cris Nagô, ambos vinculados à Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana (SEMDH). Como instâncias de gestão compartilhada, o Conselho Municipal LGBTQIA+ e o Conselho Estadual dos Direitos LGBT (CEDLGBT), compostos por representantes da sociedade civil, profissionais de saúde e gestores públicos, são espaços de controle social, ativos na organização de conferências e formulação de políticas públicas. Já o Comitê Estadual de Saúde Integral da População LGBTQIAPNB+ reúne gestores e trabalhadores para a pactuação e articulação dos serviços estaduais, da Saúde e da SEMDH. Destaca-se a ausência em âmbito municipal de uma coordenação na secretaria de saúde específica para implementar políticas de saúde para a população LGBTQIAPNB+, o que parece dificultar a articulação da atenção primária à saúde com os serviços especializados, que, vale ressaltar, não estão no âmbito de gestão da saúde municipal. A coexistência de serviços sob diferentes instâncias governamentais torna ainda mais desafiador os processos de gestão e articulação intersetorial das ações. Como efeito, esses serviços atuam de maneira fragmentada, dificultando a construção de fluxos integrados e contínuos de cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Espaços de gestão compartilhada (conselhos, comitês e reuniões colegiadas) podem funcionar como dispositivos de transformação de modos instituídos da gestão e prática clínica, desde que se mantenham como instâncias vivas, plurais e abertas à construção coletiva de políticas públicas [3]. A gestão da clínica, entendida como produção coletiva do cuidado e implicado com os sujeitos, não pode ser dissociada do trabalho vivo em ato, produzido com o protagonismo das/os profissionais, gestoras/os e usuárias/os [4]. Em João Pessoa, serviços de atenção das pessoas LGBTQIAPNB+ são avanços significativos, mas marcados pela coexistência de diversas instâncias gestão que impactam na fragmentação dos fluxos de cuidado e na articulação intersetorial em rede. Assim, espaços de cogestão podem fortalecer a implementação de políticas públicas vivas e efetivas, impactando no cotidiano dos serviços e na produção de cuidado equânime, integral e singular das pessoas LGBTQIAPNB+

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: manual de implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- [2] Souza RCM, Braga IF, Monzeli GA, Franch M, organizadores. Políticas públicas como lugar de resistência: o Centro LGBT de João Pessoa. João Pessoa: UNIPÊ; 2021.
- [3] Campos GWS. A clínica e a transformação do cuidado: reflexão sobre o papel da cogestão e da atenção integral. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 121-40.
- [4]. Merhy EE, Lima F. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas L, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado: surpreendendo os instituídos nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 17-34.

CENTROS DE TERAPIA ASSISTIDA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM PANORAMA SITUACIONAL E PROPOSITIVO

Julianna do Nascimento e Silva Varela¹

Thaís Pereira Catão

Jenifer Geruza Moraes de Paula

Carla Lemos Gottgroy

Amanda de Miranda Marques

Eliane Matos dos Santos

Elvira Alonso Lago

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os medicamentos biológicos foram incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002 com crescimento exponencial de sua utilização desde então. O acesso a esses medicamentos requer um cuidado multiprofissional complexo desde a logística aos cuidados infusionais [1]. A Portaria GM/MS nº 1.160 de 2018 marcou um avanço importante ao instituir um Grupo de Trabalho para desenvolver a Política Nacional de Medicamentos Biológicos, com ênfase na criação de Centros de Terapia Assistida (CTA) públicos.

Os medicamentos biológicos não oncológicos pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que enfrenta desafios significativos, pois na maior parte das farmácias do CEAF é realizada a dispensação direta do produto ao paciente, sem oferecer os cuidados infusionais pelo SUS. Esta limitação levanta preocupações sobre a segurança do paciente e o uso eficiente de recursos públicos [2-4].

Além disso, há um movimento das indústrias farmacêuticas privadas de redução dos programas de suporte que proviam *vouchers* de infusão, direcionando investimentos para novos produtos. Os centros de terapia assistida no SUS emergem como uma estratégia fundamental para garantir o acesso racional e seguro aos medicamentos biológicos, demandando um aprofundamento das discussões e a proposição de soluções inovadoras que assegurem a integralidade do tratamento.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar como os estados estruturam o atendimento a pacientes que utilizam imunobiológicos não oncológicos no SUS e fomentar o debate sobre a criação de uma agenda nacional para a implementação de Centros de Terapia Assistida públicos ambulatoriais. Como etapa final, houve elaboração de carta propositiva a ser endereçada ao Ministério da Saúde (MS) pelos participantes do evento.

METODOLOGIA

Bio-Manguinhos/Fiocruz (BM) realizou Workshop de Acesso a Imunobiológicos Não Oncológicos no SUS com participantes de Secretarias Estaduais de Saúde das 5 regiões do país. Coletou-se informações baseadas na experiência exclusiva dos gestores via formulário eletrônico de preenchimento individual nas áreas de: diagnóstico da situação atual, experiências e propostas, diretrizes para política nacional e propostas prioritárias. Após esta etapa, os participantes foram divididos em grupos de 6 integrantes. Médicas de BM, com experiência em prescrição de biológicos, conduziram a relatoria.

Os grupos assistiram a 3 apresentações sobre o tema e, após cada uma, os grupos elaboraram um texto sobre o exposto. A primeira apresentação, feita por BM, englobou barreiras ao acesso de biológicos e desafios para implantação de CTAs. A segunda, realizada pela Coordenação Geral de Doenças Raras da SAES, abordou propostas de diretrizes para uma política de implementação dos CTA no SUS. Por fim, uma diretora da assistência farmacêutica apresentou um modelo exitoso de CTA público estadual. Os textos dos grupos foram utilizados pelos gestores presentes no *workshop* como base para elaboração de carta propositiva ao MS.

RESULTADOS

Dos participantes, 13 eram gestores e/ou seus representantes e 11 farmacêuticos atuantes nas secretarias. Apenas as respostas dos gestores/representantes foram consideradas para análise. Sobre o diagnóstico da situação atual, 69% (9) consideram o cenário de acesso a medicamentos biológicos em seu estado inadequado. Cinco (38%) descrevem a dispensação direta de imunobiológicos ao paciente como parte de seu processo de trabalho. Quanto às principais barreiras ao acesso, 92% (12) consideram mais relevante a ausência de CTAs no SUS. Outras barreiras apontadas incluem as limitações de infraestrutura física citada por 31% (4) e problemas de gestão e coordenação entre níveis de atenção (31%–4).

Das experiências e propostas, 46% (6) afirmam não existir CTA público implementado, mas haver projeto em elaboração. Para todos, os benefícios incluem o aumento da segurança na administração dos medicamentos e a redução de desperdícios de medicamentos (31%–4).

Como fatores essenciais para o sucesso, 69% (9) mencionam um financiamento tripartite específico e 31% um marco regulatório claro (4). Mais da metade considera um modelo organizacional misto, adaptado às realidades locais, como o mais adequado para uma Política Nacional.

Todos descrevem farmacêutico, médico e profissional da enfermagem como equipe mínima para um CTA. Além da infusão, 92% (12) sugeriu o acompanhamento farmacoterapêutico complementar.

Na carta propositiva ao MS, houve a contribuição de todos os participantes da oficina. Foi solicitada a criação imediata de um Grupo de Trabalho, priorização da pauta na Comissão Intergestores Tripartite, realização de oficinas técnicas regionais e estabelecimento de linha de financiamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo revelou um cenário crítico no acesso a medicamentos biológicos no SUS, com significativa convergência entre os gestores sobre a necessidade de estruturar Centros de Terapia Assistida. A pesquisa demonstrou que mais da metade dos gestores consideram o atual modelo inadequado, identificando barreiras fundamentais como ausência de infraestrutura e protocolos de gerenciamento específicos.

A unanimidade dos participantes quanto à importância de uma equipe multiprofissional e o consenso sobre os benefícios dos CTAs—especialmente no aumento da segurança assistencial e otimização de recursos—sinalizam uma oportunidade estratégica de qualificação do SUS. A proposta de implementação de CTAs representa não apenas uma inovação organizacional, mas um avanço concreto na integralidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Salerno M, Matsumoto C, Ferraz IC. Biofármacos no Brasil: características, importância e delineamento de políticas públicas para seu desenvolvimento. Texto para discussão. 2018;(2398):86.
- [2] Ugolini lopes MR, Moraes JCB, Bonfá E, Gegembauer HV. Custeio Baseado em Atividade e Tempo (TDABC) do modelo CEDMAC de terapia assistida para dispensação de medicamentos imunobiológicos para doenças reumatológicas no SUS. J. bras. econ. Saúde. 2022.; 14(3):224-31.
- [3] Moraes JC, Ribeiro AC, Bonfiglioli K, Miossi R, Shimabuco A, Bonfa E, Teich V. Modelo de terapia assistida para dispensação de medicamentos imunobiológicos para artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde: uso racional de recursos reduz despesas. J. bras. econ. Saúde. 2022.; 14(Supl.1):31-7.
- [4] Gottgtroy CL, Marques AM, Catão TP, Pinto CR, Varela JNS. Strategies for coordinating a national agenda on the implementation of immunobiological drug outpatient infusion center within the sus framework. 2025;1:e00

CLUBE DE CIÊNCIAS, ARTE, CULTURA E SAÚDE MENTAL UMA EXPERIÊNCIA ANTIMANICOMIAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA NO COLÉGIO ESTADUAL RODOLPHO ZANINELLI

Fabiane Helene Valmore¹
Eric Candeu
Elisama Fernanda Valentim Silva
Eliza Alves de Souza
Gabrielle Namete Dias
Gabrielly Tkaczyk Costa
Isabella Carradore da Silva
Raissa Nogueira de Jesus
Ursula Fernanda Vale da Silva
Vitória Tkaczyk Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Clube de Ciências, Arte, Cultura e Saúde Mental implementado em setembro de 2024 no Colégio Estadual Rodolpho Zaninelli por meio do Edital 01/2024, da Fundação Araucária (1) recebe apoio da Rede de Clubes Paraná Faz Ciência e da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Atualmente é integrado por 13 estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental e coordenado pela Professora Fabiane Valmore, idealizadora do Projeto de Implementação deste Clube, fruto do desejo de fortalecer em Curitiba o tema da Saúde Mental relacionado com a arte e a cultura.

Inspirado no legado da Dra. Nise da Silveira, este Clube prioriza o estudo crítico da História da Psiquiatria brasileira e reconhece a importância da Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial nos processos de humanização do tratamento de saúde mental ainda em curso no Brasil (2).

Desde setembro de 24 ainda estamos num processo de construção e fortalecimento da participação dos clubistas. Todos os poucos de 2024 abandonaram o Clube. Temos portanto novos clubistas e mantê-los com assiduidade e comprometimento tem sido um desafio vencido de modo muito lento – questões relacionadas à vulnerabilidades sociais dos próprios estudantes prejudicam o andamento do Clube ao mesmo tempo em que contribuem para o entendimento da importância dele observado nas narrativas que aos poucos vem surgindo dentro do Clube.

OBJETIVO

O objetivo deste Relato de Experiência é compartilhar alcances e desafios de um Clube de Ciências inspirado no legado da Nise da Silveira que busca romper concepções estereotipadas de

1 Universidade Estadual do Paraná. E-mail: fh.valmore@gmail.com

ciência, fortalecer o pensamento crítico e social e produzir/democratizar conhecimento científico e artístico-cultural no campo das Ciências Sociais e Humanas sobre Arte, Cultura e Saúde Mental com a participação de estudantes clubistas no contraturno escolar matriculados num colégio público de Curitiba/PR.

METODOLOGIA

Considerando Clubes de Ciências como espaços participativos de educação não formal destinados à construção/socialização de conhecimento científico no ambiente escolar – de um conhecimento ligado à realidade cotidiana e ao contexto de vida dos estudantes clubistas–buscamos no Colégio Estadual Rodolpho Zaninelli, localizado numa região socialmente vulnerabilizada de Curitiba, fortalecer vínculos de solidariedade e o exercício da cidadania articulando Arte e Ciência. Reforçamos, desde aí, dentro do Clube de Ciências, o significado e o alcance que pode ter, oportunizar aos estudantes clubistas e à comunidade escolar dentro de uma escola pública, mais que a reflexão de uma temática de pesquisa – no caso aqui, a saúde mental e sua relação com a arte e a cultura–a vivência e a luta por ela, por exemplo, por serviços públicos de saúde mental humanizados e por uma sociedade menos preconceituosa e estigmatizante frente às experiências de sofrimento psíquico.

Reconhecer, compreender, analisar e combater os condicionantes psicossociais e culturais de adoecimento psíquico, assim como os processos de produção de estigmas sociais, de preconceito, de exclusão social e de patologização e medicalização da vida a partir de conceitos e metodologias das Ciências Sociais e de vivências artístico-culturais livres, espontâneas e criativas dentro do Clube de Ciências e fora dele, por meio de visitas a equipamentos culturais e da compreensão do direito a cidade, fazem parte dos objetivos do Clube. Ou seja, pesquisar e intervir. Concomitante a isso, oferecer condições equânimes de participação dos estudantes clubistas em Feiras de Ciências, Programas de Iniciação Científica, Projetos de Extensão Universitária e demais eventos científicos e artístico-culturais ampliando, assim, os horizontes de ingresso na universidade pública entendido como um direito. Tudo isso não se faz de modo simples, quando por exemplo, estudantes adolescentes interessados no Clube de Ciências precisam renunciar desse desejo porque possuem eles próprios, filhos e/ou irmãos menores pra cuidar. E/ou porque precisam trabalhar para contribuir com o sustento da casa e/ou vivem/presenciam situações de violência e sentem a ausência de condições materiais e emocionais básicas de vida. É com esta realidade também que o Clube vem se construindo e se resignificando enquanto pensa o que nos adocece e compreende o que aconteceu com Bispo do Rosário (3), com a Estamira (4) e o porquê da expressão “Bicho de Sete Cabeças” (5) no contexto da história de vida de Austregésilo Carrano, internado num dos hospícios da própria Curitiba que abriga este Clube de Ciências–que ainda por cima luta por reconhecimento social inclusive dentro da escola que o mantém. Afinal, no imaginário social quem faz ciência são homens brancos, cientistas de jaleco dentro de laboratórios... que também defendem a indústria farmacêutica e produzem aparelhos de eletrochoque.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No Brasil poucos municípios contam com serviços públicos de saúde mental no interior dos quais arte e cultura se fazem presentes de maneira consolidadas – por exemplo, a maioria do país não possui Centros de Convivência, Arte, Cultura e Economia Solidária integrados à Rede de Atenção Psicossocial do SUS. As ações do Clube de Ciências apresentado aqui podem contribuir por meio da ciência cidadã para estreitar laços entre Saúde e Cultura e pautar políticas públicas emancipatórias de saúde mental na cidade de Curitiba e no Paraná. Além disso, têm ampliado a compreensão dos clubistas a respeito das desigualdades e injustiças sociais e das diferentes formas de violência e preconceitos enquanto fatores de adoecimento psíquico. Diante disso, conseguir reconhecer, problematizar, produzir e democratizar conhecimento científico sobre o adoecimento psíquico e práticas de patologização e medicalização da vida a partir de si e do outro é um dos grandes alcances esperados deste Clube de Ciências (6).

REFERÊNCIAS

- (1) Paraná. Edital nº 01/2024 da Fundação Araucária. Disponível em: https://paranafazciencia.uvpr.pr.gov.br/wp-content/uploads/2024/07/Edital_01_2024_Clubes_Parana_Faz_Ciencia.pdf.
- (2) Amarante P. Loucura e Transformação Social. Autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni; 2022.
- (3) Denizart H. Documentário Prisioneiro da Passagem. Disponível em: https://youtu.be/8MzFTaOvsCQ?si=uoxkRxcgS0XIM_jH-.
- (4) Prado M. Estamira. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-wHISEEXMh4&t=678s>.
- (5) Bodansky L. Bicho de Sete Cabeças. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XMe8wKUz1-g>.
- (6) Clube de Ciências Nise CERZ. Disponível em: https://www.instagram.com/clube_de_ciencias_nise_cerz/profilecard/?igsh=d3U3cmdrN3Zsb3Z0

CONFLUÊNCIAS ENTRE O BRINCAR E A SAÚDE

Lara Aparecida Machado de Almeida¹

Maria Inês Badaró Moreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A brincadeira vem andando lado a lado à busca por ações interventivas no campo da saúde há muitos anos. A curiosidade sobre esse fenômeno não é nova e tem atravessado limites disciplinares, devido à sua própria natureza ampla e diversa. Muito já se discutiu sobre nos campos da psicologia—no qual se destaca as amplas contribuições de Winnicott, antropologia, sociologia, filosofia e até mesmo geografia.

Essa relação entre o brincar e a saúde tem sido colocada em um lugar bastante específico no contemporâneo, o que demonstra nuances na compreensão dos dois termos. Com a recorrência dos diagnósticos de CID 10 F84—Transtornos globais do desenvolvimento [1], a brincadeira tem se tornado mais um critério de avaliação, a partir de uma perspectiva da funcionalidade.

No projeto em questão, são realizadas aproximações com as perspectivas antimanicomiais e contracoloniais, na aposta de encontrar outros sentidos para o brincar, enquanto recurso que propicia possibilidades diversas de estar junto e que se alinha a uma concepção de bem viver, trazendo à tona as percepções presentes no âmbito da cultura popular brasileira e suas possíveis conexões com a promoção de saúde, enquanto tecnologia comunitária de cuidado.

OBJETIVO

Investigar os sentidos de brincar produzidos nas práticas da cultura popular brasileira como dispositivo de cuidado comunitário e ferramenta de promoção de saúde, a partir de uma perspectiva contracolonial e antimanicomial. Bem como refletir sobre as relações de pertencimento social e as construções de identidade cultural proporcionadas pelas manifestações populares brasileiras, encarando os seus possíveis impactos na saúde comunitária.

METODOLOGIA

Tendo em vista que, nesta pesquisa, lida-se com experiências vivas, processos ainda abertos e que a busca mobilizadora não é por dar conta ou convergir todas as discussões que se abrem, mas de adensar campos e multiplicar questões, a metodologia cartográfica mostrou-se como um caminho possível, visto que permite o trânsito por múltiplos itinerários, seguindo um rigor ético, estético e político e dando “língua para afetos que pedem passagem” [2] .

Por meio de oficinas semidirigidas com brincantes da cultura popular, da observação participante em manifestações populares e da promoção de oficinas brincantes com usuários da rede de

1

E-mail: almeida.lara96@gmail.com

atenção psicossocial de Santos, através de um projeto de extensão universitária, a pesquisa se concentra em explorar os significados atribuídos ao brincar no âmbito da cultura popular brasileira e suas confluências com práticas de cuidado comunitário e promoção de saúde, alinhada com as discussões antimanicomiais e contracoloniais. Todos os participantes da pesquisa serão adultos inseridos nas práticas brincantes mencionadas.

RESULTADOS

Como uma pesquisa em andamento, não podem ser apresentados resultados estanques, mas convergências que foram encontradas em meio ao próprio processo de investigação. E pode-se inferir, a partir da inserção no campo de pesquisa, ou seja, em espaços de manifestações da cultura popular brasileira, que para além de um olhar analisante ou interpretativo, o brincar pode ser compreendido como tecnologia de cuidado e fator de promoção de saúde em uma perspectiva ampliada, gerando espaços de convívio, relações de pertencimento e identidade cultural.

No campo da metodologia, têm se mostrado como desafios importantes as políticas de registro dos encontros de pesquisa, uma vez que as culturas populares brasileiras são, em sua maior parte, estratégias de resistência afro indígenas, no entanto, grande parte da discussão em torno da cartografia é realizada por referenciais hegemônicos, em geral, brancos e europeus. Nesse sentido, entende-se como parte do compromisso ético do projeto o desenvolvimento de uma metodologia que acompanhe o tema e que o pense a partir de referências contracoloniais. Neste percurso, vêm se mostrando enquanto possibilidade as alianças com autoras como Carolina Maria de Jesus, Grada Kilomba e, especialmente, Conceição Evaristo [3] e sua tecnologia de Escrivência: mulheres negras que viabilizam, em uma escrita sensível, mapeamentos sociais, políticos e afetivos, bem como o registro de memórias coletivas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Sendo um projeto que parte de perguntas que nasceram de experiências vivas e que encontram caminhos para ampliar-se através de um aprofundamento teórico, mostra-se imprescindível o reconhecimento daquilo que está sendo discutido sobre o brincar no campo acadêmico para dar seguimento nas discussões, tanto a partir da confirmação de hipóteses quanto a partir de críticas que impulsionam a construção de novos saberes e colocam em cheque analisadores do contemporâneo. Nesse sentido, o encontro do tema em questão com as perspectivas antimanicomiais e contracoloniais vem se mostrando potente, visto que elas oportunizam um olhar não analisante para o brinquedo e valorizam os encontros afetivos e festivos enquanto produtores de vida, deslocando uma visão de desenvolvimento funcional para pensar através de um paradigma de confluência, como discorre Bispo dos Santos [4].

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. São Paulo: Edusp; 1994.
- [2] Rolnik S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cadernos de Subjetividade. 1993;1(2):241-52.
- [3] Evaristo C. Becos da memória. Rio de Janeiro: Pallas Editora; 2017.
- [4] Bispo dos Santos A. A terra dá, a terra quer. São Paulo: Ubu Editora/PISEAGRAMA; 2023.

CONHECIMENTO DO ALUNO DA FOP SOBRE O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

Vitor Rafael Gomes¹

Michelli Caroliny de Oliveira

Maria Julia Casotti

Lucas Marques Angelim

Caio Vieira de Barros Arato

Carolina do Santos Furian

Roberto Martins de Oliveira

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência contra a criança constitui um grave problema na sociedade, tendo em vista que supera as barreiras socioeconômicas, culturais, étnicas e religiosas. Segundo o Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017, foram notificados no Sistema de Notificações de Agravos de Notificação (SINAN), 1.460.326 casos de violência interpessoal, sendo que 219.717 (15,0%) dessas notificações foram contra crianças [1]. O diagnóstico de violência infantil fundamenta-se no reconhecimento de padrões comportamentais e sinais e sintomas físicos comuns a crianças abusadas e negligenciadas [2]. Considera-se como abuso físico ferimentos não-acidentais que na região de cabeça e pescoço incluem trauma em tecidos duros e moles, queimaduras, lacerações, fraturas, marcas de mordidas e hematomas. Assim, evidencia-se a importância do cirurgião dentista no enfrentamento do problema, uma vez que, apresenta altas chances de encontrar aspectos orais de abuso infantil, pois são facilmente identificados. [3]. Desta forma, é fundamental que a orientação e disseminação do conhecimento acerca do assunto sejam amplamente abordadas e fundamentadas em cursos de graduação em odontologia no país, com o intuito de capacitar o futuro cirurgião dentista para o diagnóstico e notificação dos casos de violência infantil.

OBJETIVO

Avaliar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba UNICAMP sobre violência doméstica contra a criança.

METODOLOGIA

O projeto iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP-UNICAMP (CAAE: 5532423.9.0000.5418). Este estudo transversal descritivo, realizado online, envolveu alunos da graduação em Odontologia da FOP-UNICAMP. Os questionários, via Google Forms,

1

E-mail: viitor.gomes76@gmail.com

foram divulgados por e-mail institucional, WhatsApp e QR codes em murais, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com 18 questões objetivas baseadas em estudos anteriores, o questionário abordou três eixos: conhecimento da definição e epidemiologia da violência contra a criança, conhecimento ético-legal e manejo dos casos, e a influência da graduação no papel do cirurgião-dentista. Após três meses, os dados foram tabulados no Excel para análise descritiva. Não foi possível aplicar o teste qui-quadrado devido à distribuição homogênea das respostas. A principal dificuldade foi a baixa adesão dos alunos, mas os resultados obtidos ainda demonstraram relevância.

RESULTADOS

Os resultados do estudo foram organizados em três eixos principais. No Eixo 1, que avaliou o conhecimento sobre a definição e epidemiologia da violência infantil, a maioria dos alunos demonstrou conhecimento adequado sobre o tema. Questões como a definição de violência infantil e a identificação de sinais físicos, como lesões orofaciais, foram respondidas corretamente por grande parte dos participantes. No entanto, a questão sobre violência psicológica gerou divergências de respostas entre os alunos.

No Eixo 2, referente ao conhecimento da base ético-legal e ao manejo dos casos de violência infantil, os resultados apontaram uma falta de conhecimento sobre a notificação compulsória e a atuação do Conselho Tutelar. Um número significativo de alunos não sabia o significado da notificação compulsória ou desconhecia o procedimento para realizá-la. Além disso, a maioria dos estudantes das turmas iniciais (T66 e T67) apresentou menor nível de conhecimento sobre esses aspectos legais.

No Eixo 3, que investigou a influência da graduação na formação dos alunos sobre o tema, os resultados indicaram que a maioria dos estudantes não se sentia preparada para identificar e lidar com casos de violência infantil. A baixa capacitação foi evidenciada pelo fato de que muitos alunos afirmaram não ter recebido nenhum tipo de orientação formal sobre o tema durante a graduação. No entanto, a maioria demonstrou interesse em aprender mais, com preferência pela inclusão do tema na disciplina de Odontologia Infantil como estratégia de ensino.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que este estudo confirma que apesar de os Cirurgiões-Dentistas estarem entre os profissionais que mais apresentam chances de encontrarem aspectos orais de abuso infantil, os mesmos não se sentem preparados a realizar um encaminhamento apropriado, principalmente por falta de esclarecimento técnico e científico. Por isso, a importância de retratar e esclarecer esse assunto é de suma importância na graduação.

Os alunos da FOP/UNICAMP demonstraram interesse em saber mais sobre o assunto, seja através de palestras ou disciplinas optativas e dentre as algumas formas de aprendizado, a que mais foi escolhida por eles é que esse assunto seja incluído no conteúdo da disciplina de Odontologia Infantil.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 27. v. 49. Brasília, DF; 2018.
- [2] Carvalho AJM et al. Aspectos gerais, diagnóstico e condutas pelo cirurgião dentista frente aos maus tratos contra crianças e adolescentes. Ciências odontol. 2022;6(2):83-92.
- [3] Jahanimoghadam F. A Survey of Knowledge, Attitude and Practice of Iranian Dentists and Pedodontists in Relation to Child Abuse. J Dent Shiraz Univ Med Scien. 2017;18(4):282-288.

CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE BUCAL DE MULHERES AGREDIDAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO DA LITERATURA

Michelli Carolliny de Oliveira ¹

Julia Vitorio Octaviani

Norma Sueli Gonçalves Reche

Lucas Marques Angelim

Vitor Rafael Gomes

Carolina do Santos Furian

Roberto Martins de Oliveira

Caio Vieira de Barros Arato

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que envolve indivíduo, comunidade, sociedade e não escolhe cor, raça, religião, cultura, condição social ou nacionalidade. Caracteriza-se como qualquer ato de violência de gênero que possa causar ou cause danos físico, sexual ou psicológico para a mulher[1].

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada 3 mulheres, em todo o mundo, sofre violência na juventude e as consequências da agressão prejudicam a saúde física e mental, sendo a face a região mais frequentemente traumatizada, tornando-se alvo fácil e imediato[2].

Na odontologia, o cirurgião-dentista (CD), além de, acolher e orientar a mulher vítima de violência, precisa notificar a agressão e atuar em conjunto com uma equipe multiprofissional, para a reabilitação da função, da estética e da autoestima. Contudo, a literatura é escassa em relação à descrição de conduta do CD nesses casos, levando à suspeita de pouca atuação odontológica na reabilitação e notificação de mulheres em situações de violência[2].

A maioria dos estudos sobre o tema evidencia a prevalência do agravo na população; entretanto, é necessário aprofundamento com estudos que revelem as morbidades deixadas pela violência e as consequências delas para a saúde bucal, a fim de nortear os profissionais em relação ao seu enfrentamento [1].

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é evidenciar os impactos da violência de gênero na saúde bucal das mulheres, a partir do que se tem produzido na literatura sobre o assunto.

METODOLOGIA

Foi feita uma scoping review (revisão de escopo)[4] com base no método do Instituto Joanna Briggs, através da Extensão PRISMA, de acordo com as etapas: 1) definir questão de pesquisa; 2) buscar estudos relevantes; 3) selecionar estudos; 4) mapear dados; 5) compilar, resumir e relatar resultados[3].

Para a pergunta de pesquisa, usou-se a estratégia PCC: População (P), Conceito (C) e Contexto (C): P = mulheres, C = saúde bucal, C = violência, ficando dessa forma: “Quais as evidências disponíveis acerca dos impactos da violência na saúde bucal das mulheres.” As buscas foram realizadas através dos descritores: “Violência contra mulher”, “Saúde Bucal”, “Odontólogo”, “Traumatismos Faciais”, “Traumatismo Dentário”, em inglês, espanhol e português; e no MeSH (Medical Subject Headings): Violence, Woman, Dentists, Facial Injuries, Dentistry, Oral Health, Violence Against Women.

Após a busca, empregou-se os softwares: EndNote® e Rayyan-Intelligent Systematic Review®, onde 2 revisoras, independentes, avaliaram os artigos⁵. Os incluídos foram lidos integralmente, a fim de confirmar sua elegibilidade, em seguida ajustaram a investigação comparando excluídos e incluídos.

RESULTADOS

Foram eleitos 19 estudos, sendo 8 quantitativos, 4 qualitativos, 1 misto (quanti e qualitativo), uma revisão sistemática e 5 revisões de literatura. Foram identificados 14 no Brasil, 2 na Suécia, 1 no Canadá, Estados Unidos e Índia.

Ao investigar características e prevalência mundial de traumas bucomaxilofacial em mulheres vítimas de violência física, estudos concluíram que os traumas orais e maxilofaciais estão presentes entre 51% e 81% das mesmas e os motivos foram relacionados ao uso de álcool, drogas e ciúme, por partes dos seus parceiros. Outros achados mostraram que existe um valor simbólico por trás de quebrar, desconfigurar e despersonificar a vítima, o que representa poder para o agressor[2].

As mulheres que sofreram abuso sexual, físico e emocional têm maior prevalência de Disfunção Temporomandibular (DTM) o que se justifica pela depressão e sono deficiente, que podem exercer papel primordial no desenvolvimento da DTM e dor orofacial, bem como no prognóstico do tratamento realizados na boca, que gera desde xerostomia até aumento na dieta cariogênica, além da elevação do estresse e ansiedade que piora o risco de outras doenças bucais.[3]

Além das barreiras materiais há ainda as barreiras emocionais relevantes para o tratamento odontológico dessas mulheres que, na maior parte das vezes, ainda se encontra com o agressor e sem apoio para restituir a saúde bucal, visto que o tratamento odontológico reabilitador é de alto custo e com inúmeras dificuldades de acesso. Inúmeras mulheres que procuram atendimentos odontológicos após as agressões omitem as causas das lesões, o que evidencia a importância da conduta do cirurgião-dentista na escuta especializada, acolhimento, protocolo adequado de saúde para lidar com essas situações[5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esta revisão possibilitou-nos refletir sobre o imperativo do patriarcado nas origens da violência entre parceiros íntimos, bem como os componentes da posição social e do poder como estruturantes das relações e, conseqüentemente, como geradores dessas violências.

Além das agressões físicas, que normalmente resultam em perda de dentes e comprometimento dos tecidos moles adjacentes, existem as conseqüências emocionais como a baixa autoestima, o isolamento social e a depressão, que causam diversas conseqüências fisiológicas para a saúde bucal.

Neste sentido também é papel da odontologia, o desenvolvimento de estratégias de prevenção, recuperação e reabilitação das sequelas físicas e emocionais, seja no âmbito público ou privado, com o objetivo de diminuir os impactos causados pela violência na saúde bucal dessas mulheres. Assim bem como, aprofundar estudos que visem a formação odontológica de acadêmicos, atualizando matrizes curriculares e a capacitação dos profissionais já formados.

REFERÊNCIAS

- [1] Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol. Soc* 2015; 27(2):256-266.
- [2] Antanhede LG, Moreira PHA, Silva DO, Feitosa DMZ, Cardenas AFM, et al. The role of the dentist with women victims of domestic violence: a integrative review. *Research, Society and Development*. 2022;11(2):1-13.
- [3] Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473.
- [4] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32
- [5] Soares LSA, Teixeira EC. Dependência econômica e violência doméstica conjugal no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*. 2022; (61): 263-283.

CONSTRUÇÃO DO COLETIVO DE DISCENTES DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UFSC: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luciano Terra das Neves Neto¹

Cíntia Fernanda dos Santos

Gabriela Fabris

Juliberta Macêdo

Melannie Pinhatti Schisler

Patrícia Teixeira de Vasconcelos

Priscyla Moraes Ludtke

Sara Calixto de Oliveira

Thaiara Dornelles Lago

Douglas Francisco Kowaleski

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O campo da saúde coletiva historicamente se nutre dos cursos de pós-graduação para avançar nos seus debates. Entretanto, o cenário da pós-graduação nas universidades públicas brasileiras encontra-se marcado pelo sucateamento, a produtividade capitalista, a branquitude e sua escolha pela hegemonia epistêmica advinda do norte global, resultando em um esvaziamento da crítica.

Para os estudantes que adentram esse espaço, não é de se estranhar que brotem sentimentos de não-pertencimento, sofrimentos e adoecimentos diante da dureza e padronização institucional que hierarquiza e não valoriza as diferenças. Essa relação se evidencia quando levado em consideração a mudança no perfil dos ingressantes fruto das políticas de ações afirmativas.

Frente a esse cenário, em setembro de 2024, estudantes de mestrado e doutorado da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC iniciam a construção de um coletivo, apostando na coletivização e produção de pertencimento enquanto uma forma de criar um bem-estar acadêmico e garantir a permanência universitária. Isso possibilita a criação de uma ciência crítica, emergindo das territorialidades do sul. Mas, entende-se que esse movimento espalha para além disso: realizando a crítica à individualização do sofrimento, na busca por criar espaços inclusivos, e alimentando uma cultura do cuidado, alia-se ao que Bell Hooks idealiza de uma comunidade como ato de resistência, e na construção do cuidado mútuo, se desafia a cultura do medo e do isolamento que o capitalismo e sua lógica produtivista impõe.[1]

OBJETIVO

Relatar a criação de um coletivo de discentes no PPGSC/UFSC como estratégia de enfrentamento às desigualdades institucionais, promoção da participação estudantil e ampliação de debates pouco

1 Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lucianotnn@hotmail.com

priorizados na matriz curricular institucional. O coletivo aposta em práticas que tornem a permanência possível e comprometida com a democratização da pós-graduação, articulando cuidado, solidariedade e construção coletiva do conhecimento.

METODOLOGIA

A criação do Coletivo surgiu da vivência de discentes que enfrentaram dificuldades estruturais no Programa de Pós-Graduação e na Universidade, especialmente em relação à permanência representativa e acesso. Durante o acolhimento de novos estudantes em 2024.2, organizado pelos representantes discentes, essas reflexões foram retomadas, evidenciando a necessidade de um espaço de organização para além da representação discente formal, já que apesar de avanços, como a conquista de uma sala de estudos, identificou-se um limite institucional que dificultava a mobilização e o fortalecimento dos estudantes.

Essa inquietação levou à realização de um primeiro encontro, no qual os participantes refletiram sobre o significado, as contribuições e os possíveis campos de atuação do coletivo. As respostas expressaram o desejo por um espaço de acolhimento, liberdade e cuidado, onde fosse possível pertencer, valorizar saberes diversos, pensar a partir de experiências individuais e coletivas, e humanizar o ambiente acadêmico para garantir a permanência estudantil.

Desde então, o grupo passou a se reunir quinzenalmente, promovendo ações em múltiplas frentes. Entre elas, destacam-se os momentos de cuidado com a saúde integrativa (como auriculoterapia e Lian Gong), atividades de sensibilização para o Dia da Consciência Negra, participação política em audiências públicas sobre a baixa representatividade de professores negros na UFSC, além de encontros informais que fortalecem os vínculos entre os discentes.

As ações político-pedagógicas também têm ocupado lugar central nas atividades do coletivo. São promovidos debates sobre temas ausentes ou preteridos nas disciplinas, como as questões raciais e seu impacto na saúde. Destacamos a aula-encontro com o professor João Matheus Acosta Dallman, intitulada *Saúde Coletiva na Encruzilhada: contracolonialidade e mandingas para enfrentar o racismo epistêmico*, que integrou o Novembro Negro da UFSC em 2024. Essas atividades foram articuladas com disciplinas curriculares do programa, como *Medicinas Alternativas e Complementares* e *Saúde Coletiva e Fundamentos das Ciências Sociais e Humanas em Saúde*, com o objetivo de inserir novas perspectivas, ampliando concepções sobre saúde e formação acadêmica.

A atuação do coletivo evidencia o potencial transformador da organização coletiva frente às limitações institucionais, especialmente em relação a pautas urgentes como as questões raciais e a permanência estudantil. Ao criar espaços de escuta, expressão e construção conjunta, o coletivo contribui para o fortalecimento dos discentes e promove impactos positivos para toda a comunidade acadêmica, impulsionando mudanças que vão além da sala de aula.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Coletivo de discentes do PPGSC/UFSC tem se consolidado como uma estratégia de enfrentamento às desigualdades institucionais, não apenas pela organização de ações de cuidado e mobilização, mas também por promover o vínculo e o cuidado mútuo entre os estudantes. As ações realizadas mostram a relevância de criar espaços para a partilha de saberes e a reflexão crítica a partir das realidades e trajetórias dos estudantes, diante de um contexto acadêmico muitas vezes hostil e excludente. O fortalecimento do Coletivo na construção do vínculo e pertencimento, ampliou o debate sobre a democratização dos recursos e as condições para que todos os discentes possam efetivamente participar da construção de uma ciência crítica, inclusiva e antirracista. Os desafios diante das condições de acesso e permanência qualificada no programa permanecem, mas o Coletivo fortalece a construção de alternativas viáveis e solidárias para afirmar que este lugar da produção do conhecimento também nos pertence.

REFERÊNCIAS

[1] Hooks B, Breda T. Tudo sobre o amor; novas perspectivas. São Paulo: Editora Elefante; 2021.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA DE RECOMENDAÇÕES PARA PAIS DE CRIANÇAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E O DESMAME A PARTIR DOS SEIS MESES DE VIDA

Elisa Marques Furtado da Silveira¹

Fábio Marques Julião da Silva

José Jefferson Alves da Silva

Manoel de Sousa Martins

Pedro Henrique Barbosa dos Santos

José Leonardo Martins Abreu

Wanessa Soares da Silva

Cláudia Lima Campos Alzuguir

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Maria Kátia Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As conferências de Alma Ata (1978) e de Ottawa (1986), nas décadas de 70 e 80, tendo por objetivo reduzir a mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, e partindo das evidências de que a pobreza e a fome estavam conduzindo recém-natos e crianças em geral a desnutrição grave e a morte, tiveram como produto uma política de incentivo ao aleitamento materno. Essa política de saúde pública estava na contramão da indústria do leite em pó, que visando apenas lucro ocuparam espaços em propagandas públicas e entre os profissionais de saúde, especialmente os pediatras, garantindo que uma mamadeira substituiria os nutrientes do leite materno, dando mais conforto aos pais e garantindo boa estética às mulheres. Além disso, Impulsionado pela tecnologia e pela lógica da produtividade extrema, a cultura do imediatismo atinge a cultura popular, alterando hábitos milenares para uma otimização ilusória do tempo. A intensa propaganda da indústria alimentícia, especialmente dos substitutos do leite materno, aliada à falta de tempo, estilo de vida e retorno ao trabalho podem comprometer a adesão das mães ao aleitamento materno exclusivo e desmame adequado. [1-5]

OBJETIVO

Desenvolver uma cartilha educativa para mães usuárias da APS com informações sobre o aleitamento materno e o desmame.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo metodológico em 3 fases, utilizando o referencial metodológico de PASQUALI. Na primeira fase, foi realizada uma revisão integrativa. Os trabalhos foram identificados de

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: elisamfurtado97@gmail.com

bancos de dados como PubMed, Lilacs, Medline, aoBDENF e BVS, utilizando os descritores “Aleitamento materno”, “Alimentação complementar” e “Desmame precoce” em inglês, espanhol ou português. As notas prévias, relatórios parciais, estudos de revisão, entrevistas, resenhas, artigos de opinião, conferências, teses de doutorados, dissertações de mestrados, monografias, manuais e anais de congressos foram excluídos do estudo. Foi aplicado o método de Bardin para avaliação do conteúdo dos artigos selecionados. [6] Na segunda fase do estudo, para a elaboração da cartilha educativa, os conteúdos captados na fase anterior foram utilizados e a partir dessas informações foi elaborada a estrutura textual do material considerando aspectos relacionados à comunicação com os leitores. Para a fase 3 foi utilizada a técnica de Delphi para estruturar os pólos teórico e analítico, buscando o consenso de juízes por meio do Índice de Validação Consolidado–IVC, utilizando o instrumento padronizado SAM. [7]

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram incluídos na revisão integrativa 16 estudos, sendo 11 em português, 5 em inglês e 1 em espanhol, que utilizaram os descritores “Aleitamento Materno”, “Alimentação Complementar” e “Desmame Precoce”. A análise dos artigos revelou diversos fatores relacionados ao desmame precoce. Dentre eles, destacam-se aspectos como a idade materna, escolaridade e renda, além de fatores perinatais que influenciam as práticas alimentares nas primeiras seis semanas após o parto. As estratégias utilizadas pelas mães para realizar o desmame, bem como as consequências desse processo para a mãe e a criança, foram também discutidas. Outros fatores apontados pelas mães como justificativas para o desmame precoce incluem recusa do lactente, leite insuficiente ou de baixa qualidade e dificuldades de sucção. A revisão ainda destacou a qualidade da assistência durante o período gravídico-puerperal, o conhecimento das gestantes sobre os benefícios do aleitamento materno, as crenças culturais relacionadas à amamentação e a falta de discussão sobre o aleitamento exclusivo e a introdução de novos alimentos nas consultas de pré-natal, parto e puerpério. A cartilha educativa elaborada a partir desses dados foi avaliada por 10 juízes especialistas, com a validação ocorrendo em dois painéis de avaliação, com Índice de Validação Consolidado (IVC) superior a 0,80, garantindo a eficácia da tecnologia educacional desenvolvida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo investiu na importância do uso de materiais educativos na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que as cartilhas são instrumentos para trabalhar com usuários temas específicos de forma dialógica e reflexiva que pode estimular mudanças de hábitos fundamentais para superar problemas como o desmame precoce e estimular o aleitamento materno exclusivo. A cartilha elaborada como produto técnico-tecnológico se mostrou efetiva enquanto tecnologia educativa, uma vez que permite ao usuário e suas famílias possam ler o material quando e sempre que puderem. Com isto, as informações verbais oferecidas nos grupos educativos podem ser reforçadas, fazendo com a cartilha, enquanto modalidade de material instrucional possa servir como guia para retirada de dúvidas e auxiliando nas tomadas de decisões do cotidiano da APS.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. International Conferences on Health Promotion: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000), Bangkok (2005). Geneva: WHO.
- (2) World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO; 1986.
- (3) Akre J. Alimentação infantil: bases fisiológicas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1994.
- (4) Amorim STSP. Alimentação infantil e o marketing da indústria de alimentos: uma análise histórica. Hist Quest Debates. 2005;(42):95–111.
- (5) Azevedo Nascimento Taveiro E, Vianna EYS, Pandolfi MM. Adesão ao aleitamento materno exclusivo em bebês de 0 a 6 meses nascidos em um hospital e maternidade do município de São Paulo. Rev Bras Cienc Saude. 2020;24(1). Disponível em: <https://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/44471>
- (6) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- (7) Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO SOCIO ECOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR Y CÁNCER EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS DE COLOMBIA: UNA EXPERIENCIA DESDE LA PRESTACIÓN DIFERENCIAL DE SERVICIOS DE SALUD

Oscar Adrián Vivas Ramírez¹
Jhon Sebastián Patiño Rueda
Yonatan Julián Carvajal Ortíz
Edwin Mauricio Ospina Burbano

INTRODUCCIÓN

En Colombia, las enfermedades cardio metabólicas y el cáncer representan unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad para el sistema de salud (1). En 2023, la hipertensión arterial tuvo una incidencia de 5.87/1000 habitantes, mientras que la Diabetes mellitus tuvo una incidencia de 2.48/1000 habitantes (1). Respecto al cáncer, en 2023 el cáncer de mayor incidencia fue el de mama (32 casos/100,000 mujeres), seguido de próstata (22 casos/100,000 hombres), cérvix (8 casos/100.000 mujeres) y colon (8 casos/100.000 personas). Estas enfermedades reflejan altos costos sociales y económicos, resaltando la urgencia de mejorar tamización, diagnóstico y tratamiento integral a través de modelos de atención diferenciales.

Los Modelos de Atención de Salud Horisoos IPS, en estas enfermedades, tienen su sustento teórico en los Modelos Socioecológicos (MSE) (2). Estos se convierten en una herramienta integral para la construcción de programas de atención en salud incorporando cinco niveles clave: políticas públicas, comunitario, organizacional, interpersonal e intrapersonal (2). Los MSE incorporan constructos de diferentes teorías y modelos para entender las interacciones de los individuos, en los diversos niveles, con el objetivo de plantear un marco integral para su comprensión logrando cambios positivos en los comportamientos de salud de los individuos y comunidades (2).

OBJETIVO

Establecer un marco teórico y práctico, a través de la construcción de un Modelo Socio ecológico, que integre estrategias multidimensionales para gestionar riesgos cardio metabólicos y del cáncer de poblaciones vulnerabilizadas de Colombia, promoviendo cambios en los comportamientos individuales y elevando la probabilidad de garantizar la efectividad de los programas de atención en los diversos territorios.

1 Salud Horisoos IPS SAS, Armenia, Quindío. E-mail: oscar.vivas@saludhorisoos.org

METODOLOGÍA

El modelo parte de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y sus modelos aplicativos: el Modelo de Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (3). A nivel comunitario, utiliza diagnósticos participativos y mapeos basados en la Investigación Acción Participativa (IAP) para identificar factores sociales y geográficos que afectan la salud, fortaleciendo el sentido de pertenencia y promoviendo la participación activa de organizaciones locales y gestores comunitarios (4). Este enfoque se adapta a las necesidades específicas de territorios históricamente vulnerables (5).

En el ámbito organizacional, se realizan ajustes planificados que garantizan recursos accesibles y adaptan los servicios a contextos locales. Equipos interdisciplinarios aseguran atención oportuna, equitativa y sostenible, priorizando la accesibilidad en comunidades con mayores carencias. Estas transformaciones optimizan los procesos y los ajustan a las demandas territoriales y de salud.

Desde lo interpersonal, el programa refuerza redes de soporte social (6) mediante estrategias como la Torre de Control, los clubes de salud y los promotores comunitarios. Estas iniciativas mejoran la adherencia al tratamiento a través de recordatorios, educación grupal y seguimiento continuo, fortaleciendo vínculos entre pacientes y el sistema de salud.

Finalmente, en el nivel intrapersonal, se enfoca en la gestión del riesgo individual con consultas interdisciplinarias, educación personalizada y tamizajes. Herramientas como Care-HIS permiten caracterizar riesgos específicos y personalizar intervenciones. Este nivel empodera a los pacientes para tomar decisiones informadas, maximizando su calidad de vida con un seguimiento integral y continuo.

CONSIDERACIONES

La implementación de modelos socio ecológicos integrales, como los desarrollados por Salud Horisoos IPS SAS en Colombia, se pueden presentar como una alternativa de solución eficaz ante la alta carga de enfermedades cardiovasculares y cáncer en Colombia. Estos modelos abordan las problemáticas desde múltiples niveles, promoviendo cambios positivos en el comportamiento individual y comunitario.

Al incorporar herramientas como diagnósticos participativos y tecnología avanzada, se optimizan los recursos disponibles y se garantiza la accesibilidad y equidad en los servicios de salud. Además, el enfoque interdisciplinario fortalece la adherencia al tratamiento, mientras que las estrategias intrapersonales permiten una gestión personalizada del riesgo. En conjunto, estos esfuerzos no solo mejoran los indicadores de salud en el país, sino también impulsan el bienestar de comunidades vulnerables, demostrando el impacto transformador de los modelos diferenciados en sistemas de atención complejos.

REFERENCIAS

- (1) Cuenta de Alto Costo Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2023. 2024.
- (2) JF Sallis, N Owen EF. Ecological models of health behavior. 2015;13–26.
- (3) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID). 2016;97.
- (4) Gutiérrez-Sarmiento. La investigación acción participativa –IAP- metodología alternativa para la construcción de políticas públicas en salud. 2013;180.
- (5) Amsden J, Vanwynsberghe R. Community mapping as a research tool with youth. Action Research. 2005;3(4):357–81.
- (6) Kort Butler LA. Social Support Theory. The Encyclopedia of Juvenile Delinquency and Justice. 2017;(1994):1–4.

CONSTRUYENDO PUENTES: EXPERIENCIA DE ROTACIÓN EN EL SISTEMA DE RESIDENCIA DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES ARGENTINA

Albertina Baglietto¹

Gabriela Batista

Sofia Iguerabide

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

La Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara (EGSFF), creada por el Decreto N° 413/2020 (1), coordina las mejores prácticas de gestión en salud, promoviendo la innovación y transformación del trabajo. Su dirección impulsa cambios culturales y la formación de cuadros técnico-políticos con liderazgo en la salud pública.

Desde una pedagogía crítica y planificación estratégica, la EGSFF actúa como una “universidad oculta”, llegando a distintos niveles educativos (2). Su prioridad es garantizar procesos formativos para todos los trabajadores de la salud en la Provincia de Buenos Aires. En este marco, articula formación, educación permanente, investigación y cooperación técnica para facilitar el acceso al Derecho a la Salud.

Como dispositivo clave del Ministerio de Salud bonaerense, traduce políticas en acciones concretas. En noviembre de 2024, recibió a Gabriela, residente del Programa de Residência Multiprofissional en São Bernardo do Campo, Brasil (3). Su rotación combinó actividades asistenciales y de formación en políticas públicas en Prim Lanús y la EGSFF. Este relato aborda su experiencia y las reflexiones de quienes la acompañaron.

OBJETIVO

Integrar y fortalecer el proceso de formación de los residentes extranjeras en temas vinculados con la salud pública, a cargo de la EGSFF.

Reflexionar sobre el posicionamiento de la salud pública bonaerense frente a los desafíos de salud pública proveniente del territorio. Fortalecer el diálogo interjurisdiccional entre los distintos sistemas de residencias.

METODOLOGIA

En este relato de experiencia recuperamos las vivencias de Gabriela, rotante en el sistema público de salud bonaerense a partir del informe de rotación. También, recuperamos las impresiones y reflexiones del equipo que acompañó la rotación.

1

Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara. E-mail: iguerabidesofia@gmail.com

RESULTADOS

La Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara (EGSFF) promueve la transformación del sistema de salud bonaerense mediante la formación y la investigación. En noviembre de 2024, recibió a Gabriela, residente del Programa de Residência Multiprofissional en São Bernardo do Campo, Brasil. Su rotación incluyó actividades asistenciales y de formación en políticas públicas, destacando la equidad de género, salud mental comunitaria y APS.

Gabriela valoró la experiencia positivamente: *“Desde el inicio sentí una gran apertura por parte de la escuela”*. Participó en espacios interdisciplinarios de residencia y conoció las actividades de la EGSFF, como la Radio Floreal, herramienta de comunicación en salud. También reflexionó sobre diferencias entre los sistemas salud de Argentina y Brasil (4), destacando la falta de dispositivos intermedios en salud mental y las diferencias en el financiamiento.

En el ámbito de equidad de género, visitó la Dirección Provincial (5) y la Consejería de Salud Sexual del HIGA San Martín (6), resaltando la política de aborto legal: *“Estas políticas permiten construir proyectos de vida con más recursos”*.

El equipo receptor destacó el intercambio como un espacio de análisis comparativo. Se debatió sobre el avance argentino en normativas de género, la situación crítica de salud mental y los efectos del contexto sociopolítico. La experiencia permitió recuperar estrategias de resistencia del sistema brasileño ante políticas neoliberales, reafirmando la salud como un derecho fundamental y pilar de la democracia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Desde la formación de la fuerza laboral en salud, valoramos el intercambio con profesionales de otros países, ya que enriquece nuestra mirada, permite reflexionar sobre el sistema de salud y genera líneas de trabajo para mejorar la formación en la Provincia de Buenos Aires. Desde una lógica de integración del sistema de salud centrándose en el ciudadano tal como plantea Rovere (7)

También consideramos clave establecer procesos de cooperación técnica formal con la región. Buscamos formalizar esta línea a través de acuerdos bilaterales, consolidando la EGSFF como sede de rotación para futuros profesionales.

Nos enorgullece haber iniciado esta experiencia con una profesional de Brasil, con quien compartimos enfoques en salud colectiva y educación para la salud. Brasil es un referente en la integración del sistema de salud mediante el SUS (8). Esperamos que este sea el primer paso hacia un trabajo conjunto con el país vecino.

REFERÊNCIAS

- (1) Argentina. Provincia de Buenos Aires. Decreto N° 413/2020. Crea la Escuela de Gobierno en Salud “Floreale Ferrara” [Internet]. La Plata: Boletín Oficial; 2020 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/documentos/BO-5-20200311-164896.pdf>
- (2) Argentina. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara (EGSFF) [Internet]. La Plata: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires; 2023 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/escueladegobierno/>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- (5) Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2023 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/equidadgenero/>
- (6) Hospital Interzonal General de Agudos San Martín (HIGA). Consejería de Salud Sexual y Reproductiva. La Plata; 2024.
- (7) Rovere M. Médico sanitarista. Consultor de OPS, docente de la Universidad Nacional de Buenos Aires y del Instituto de la Salud “Juan Lazarte” de la ciudad de Rosario. Ponencia presentada en: 80° Congreso de la Salud del Municipio; 1998; Rosario, Argentina.

CONTRIBUIÇÃO DO OBSERVATÓRIO DO COSEMS-RJ PARA A REORGANIZAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO APÓS A PANDEMIA DE COVID-19

Ana Maria Auler Matheus Peres¹

Marcela de Souza Caldas

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Thauanne de Souza Gonçalves

Isabelle de Almeida Motta

Rodrigo Lages Dias

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O SUS tem como princípio a descentralização político-administrativa. Devido às diversidades de cada região e as desigualdades sociais, marcantes no Brasil, operar um sistema de saúde tão robusto é um desafio constante aos gestores. Nesse sentido, foram criados os colegiados de Secretarias Municipais de Saúde em cada um dos estados brasileiros denominados Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems). O Cosems do Estado do Rio de Janeiro, identificou, a necessidade de compreender melhor as características e singularidades de seu território e de suas redes de atenção à saúde após o período de emergência da pandemia de Covid-19. Assim foi criado o Observatório de Políticas de Saúde do Estado do RJ, em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que realizou análises situacionais da saúde fluminense. A experiência aqui relatada consistiu na criação do Observatório de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro (ERJ), formado por equipe técnica composta de pesquisadores e gestores de duas universidades, UFRJ e UERJ, do Cosems RJ e com apoio do CEPESC-RJ.

OBJETIVO

Organizar um observatório de políticas de saúde, com equipe multiprofissional e pluri institucional, a fim de qualificar a atuação do Cosems RJ nos espaços de governança e o seu posicionamento sobre as políticas e diretrizes do SUS no Estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

A experiência foi realizada entre 2020 e 2023. Foram desenvolvidas e adaptadas metodologias de análise de dados de saúde a partir dos sistemas de informação públicos do Brasil, tentando superar os desafios de operar as bases de dados abertas. Buscou-se aproximar os gestores municipais do Estado do Rio de Janeiro para a interoperabilidade do sistema e participação nas políticas estaduais e nacionais. A equipe identificou as principais redes e seus problemas no ERJ e construiu materiais informativos

1 Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: amamperes@gmail.com

no formato de boletins com os principais resultados e versões completas do trabalho desenvolvido, que foram debatidas com o conselho consultivo do Observatório e após enviados aos gestores dos 92 municípios do ERJ, disponibilizados publicamente e apresentados em webinários com convidados com ampla experiência nas temáticas tratadas. Além disso, os resultados dos trabalhos também foram apresentados em congressos científicos da área da saúde pública/coletiva.

RESULTADOS

O Observatório de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro consolidou-se como ferramenta estratégica, elaborando boletins quadrimestrais que analisam características epidemiológicas, redes de saúde e a realidade local, regional e estadual. Antes da divulgação, os boletins são debatidos por um Conselho Consultivo composto por instituições acadêmicas e entidades de saúde como Fiocruz, UERJ, UFRJ, Abrasco e Cebes. Esses resultados são apresentados em webinários com debatedores externos, promovendo a disseminação do conhecimento.

O Observatório teve como principais resultados a publicação de 6 estudos temáticos, publicados em um livro, disponíveis na íntegra no sítio virtual¹ e apresentados ao público em webinários também disponíveis virtualmente². As publicações foram desenvolvidas com as seguintes temáticas sobre o estado do Rio de Janeiro: 1) Mortalidade; 2) Taxas de internação; 3) Desafios e perspectivas da rede de atenção oncológica; 4) Análise da morbimortalidade e da rede de atenção às doenças cardiovasculares; 5) Distribuição e disponibilidade de profissionais médicos; 6) A organização da rede de urgência e emergência e seus efeitos nas políticas de saúde. Os estudos produzidos forneceram diagnósticos que pretendiam orientar os gestores na tomada de decisões. A disseminação dos conhecimentos através de boletins, webinários e outros garantiu que os resultados fossem amplamente compartilhados, promovendo uma cultura de debates críticos e aprendizado constante.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pandemia de Covid-19 destacou a importância da adaptação e melhoria das redes de saúde no SUS. A experiência do Observatório de Políticas de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, exemplifica como os diagnósticos situacionais são essenciais para uma gestão eficaz da saúde pública. Entre 2020 e 2023, o Observatório reuniu uma equipe multidisciplinar de pesquisadores e gestores de saúde. Essa colaboração criou um ambiente de aprendizado contínuo, no qual dados foram coletados, analisados e transformados em conhecimento prático para os gestores de saúde municipais. As discussões extensas foram essenciais nesse processo. A equipe não se limitou a coletar dados, mas buscou compreender profundamente os desafios das redes de saúde no Estado do Rio de Janeiro. A experiência do Observatório mostra que, em tempos de crise e além, a análise crítica dos dados de saúde é fundamental para a reorganização e melhoria das redes de atenção.

REFERÊNCIAS

- (1) COSEMS-RJ. Observatório de políticas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. 2024. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base/>.
- (2) COSEMS-RJ. Cosems RJ Oficial. 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/@CosemsRJOficial/streams>.

CONTRIBUIÇÕES DA INTERPROFISSIONALIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Fernanda Warken Rosa¹

Giovanna Santana Silva Borges

Yasmin Victoria Conceição Correia

Talita Miranda Pitanga Barbosa

Marta Caroline Meneses Gomes

Marcio Costa de Souza

Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Associa-se ao trabalho colaborativo e interprofissional na saúde, uma dimensão imprescindível alicerçada no compartilhamento de saberes entre profissionais da área e ações horizontalizadas entre as categorias do espaço de trabalho (1,2). Desta maneira, pode-se inferir que a interprofissionalidade é elemento essencial ao cuidado por ter um olhar sobre a integralidade e em suas singularidades, além de potencializar e qualificar as ações desenvolvidas nas unidades (2,3). Quando se fala do ser vivente com HIV/AIDS, é comum que essas pessoas padeçam não só dos sintomas advindos da doença e das infecções oportunistas do HIV, bem como fatores psicossociais, estigmas e preconceitos que afetam diretamente sua qualidade de vida (4). Deste modo, a importância do cuidado integral se expande, não só pelas particularidades dos usuários desde o momento do acolhimento, como em todo acompanhamento terapêutico continuamente.

OBJETIVO

Analisar as contribuições da interprofissionalidade na produção do cuidado de pessoa que vivem com HIV AIDS (PVHA), bem como conhecer práticas de cuidado pautadas no trabalho em equipe que fortaleçam a produção do cuidado de pessoas que vivem com HIV AIDS, e entender os processos de colaboração e comunicação na produção do cuidado de pessoas que vivem com HIV AIDS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo. Os participantes do estudo foram pessoas acompanhadas no serviço, com idade superior a 18 anos de ambos os sexos sem restrição de identidade de gênero ou orientação sexual; e os trabalhadores que lá atuavam. O estudo foi realizado numa unidade de referência municipal para a atenção especializada a PVHA, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais no município Salvador, Bahia. A análise temática foi realizada após entrevistas semiestruturadas e após transcrição do material, esse foi submetido à Análise de

1 Universidade do Estado da Bahia. E-mail: fcamelier@uneb.br

Conteúdo adaptada por Minayo (5). O estudo foi aprovado pelo CEP da Universidade do Estado da Bahia através da Plataforma Brasil e foi aprovado sob o número do CAAE 54898221.4.0000.0057.

RESULTADOS

A pesquisa revelou que os trabalhadores da unidade reconhecem a importância da prática interprofissional no cuidado a pessoas com HIV/AIDS, destacando a troca de saberes e o trabalho colaborativo. Os entrevistados enfatizaram a necessidade de compartilhar informações entre diferentes áreas, como médico, dentista e psicólogos, visando um atendimento mais completo e personalizado ao usuário. No entanto, apesar de reconhecerem os benefícios dessa abordagem, poucos souberam distinguir claramente interprofissionalidade de multiprofissionalidade. A última envolve a colaboração entre diferentes áreas, e a interprofissionalidade vai além, promovendo uma integração mais profunda entre profissionais e setores, como educação e assistência social, com foco em abordagens holísticas (1).

As falas dos usuários evidenciaram a importância de um cuidado mais integrado. Alguns relatam a dificuldade de comunicação entre profissionais, que leva a uma experiência fragmentada e estressante. Um usuário (9) fez menção que o atendimento fragmentado causava angústia, já que repetia informações constantemente sem um entendimento compartilhado entre os profissionais. Isso reflete a lacuna existente na prática interprofissional, onde, na prática, as ações de Filiação autora principal: Departamento de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e-mail: fcamelier@uneb.br colaboração dependem de iniciativas individuais dos profissionais e não de uma estrutura organizada pelo serviço (2,6).

As entrevistas indicaram que as reuniões formais de equipe são escassas, e a falta de momentos dedicados à prática colaborativa prejudica o trabalho integrado. Por outro lado, os usuários destacaram que a qualidade do atendimento humanizado, com foco no vínculo, é fundamental para o sucesso do tratamento, apontando que a recepção e o acolhimento adequados são essenciais para o enfrentamento da doença e adesão ao tratamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A interprofissionalidade contribui significativamente para a melhoria da qualidade do cuidado prestado a pessoas vivendo com HIV/AIDS. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde permite uma abordagem mais holística, atendendo às múltiplas dimensões das necessidades dos usuários. Desta maneira, fica evidente a falha do cuidado interprofissional na produção de saúde para aqueles que vivem com HIV/AIDS, o qual pode somar mais um entrave à qualidade de vida desta população. É importante salientar que o serviço atende a oferta do cuidado humanizado às pessoas portadoras do HIV, que se constitui como um momento de alta vulnerabilidade e instabilidade emocional a qual necessita que o exercício do trabalho profissional vá além da terapia física e biológica.

REFERÊNCIAS

- (1) Peduzzi M, Agreli HF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação Saúde*. 2020;18:e0024678. doi:10.1590/1981-7746-sol00246.
- (2) Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- (3) Ferreira da Silva ABB, Santos LFM, Oliveira JSA, Souza MKB, Costa MML. Interprofessional practice and health care: a study in a Multi-professional Health residence. *Rev Pró-UniverSUS*. 2023;14(3):84-9.
- (4) Souza LB, Silva KL, Sena RR, Seixas CT. Cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS: desafios para a integralidade na atenção primária à saúde. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):e20190258. doi:10.1590/0034-7167-2019-0258.
- (5) Minayo MCS, organizador. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
- (6) Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface*. 2019;23:e170627. doi:10.1590/interface.170627.

COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO: A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À RESIDÊNCIA MÉDICA, UNIPROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL DA UERJ

Neilanza Micas Coe¹

João José Caraméz

Bárbara Cristina F. Rossi

Eliane Tavares N.Teixeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho visa refletir sobre as diretrizes de trabalho da Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico (CDA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cartografando a política pública de atenção aos agentes institucionais inseridos nas Residências Médica, Uniprofissional e Multiprofissional em Saúde, analisando o período de gestão de 2019 a 2024. A CDA é instância acadêmica que fomenta as atividades teórico-práticas e acompanha os sujeitos envolvidos com os cursos de Residência, juntamente com a Comissão de Residência Médica (COREME) e a Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde (COREMU). Atualmente temos 57 programas de Residência Médica, 09 Programas de Residência Uniprofissional: Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde da Família, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia e odontologia e 02 Programas de Residência Multiprofissional: Saúde do Idoso e Saúde Mental. Somados todos os programas temos 985 vagas. Com vistas a fortalecer as ações de apoio psicopedagógico à residência, a Direção da CDA, em articulação com o Departamento de Psicologia Médica/Faculdade de Ciências Médicas/FCM, formalizou a co-gestão do Núcleo de Apoio Psicopedagógico às Residências/NAPPRE, que passou a contar com 1 Professora deste Departamento como coordenadora e 1 Assistente Social da CDA como coordenadora adjunta.

OBJETIVO

Objetivamos refletir sobre o trabalho em saúde realizado pela CDA/NAPPRE, referente aos Cursos de Especialização Lato Sensu na modalidade Residência, em diálogos com a historicidade e práxis, apontando os desafios e caminhos ético-políticos nesta cartografia.

METODOLOGIA

Considerando como o universo pesquisado as ações desenvolvidas pela equipe da CDA, é importante destacar a composição de sua equipe constituída por: 1 Docente do Departamento de Clínica Médica/FCM (Diretor da CDA); 2 Técnicos Universitários/UERJ (para funções administrativas); 1 Assistente Social/UERJ; 2 Assistentes Sociais (cedidas pela Secretaria Estadual de

1 Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ. E-mail: nappre.cda@gmail.com

Saúde/RJ) e 1 recepcionista (terceirizado). No que se refere a equipe do NAPPRE, além das Assistentes Sociais da CDA, também compõem a equipe 1 Professora de Psicologia (coordenadora) e 1 Psicóloga do Departamento da Psicologia Médica/FCM. Para a consecução dos objetivos do presente trabalho, as Assistentes Sociais da equipe realizaram a análise documental do acervo físico e digital da CDA e NAPPRE – referente ao período de março de 2019 a dezembro de 2024—além de efetuarem análises quantitativas e qualitativas das fichas de atendimentos individuais e em grupos com residentes, preceptores e docentes e revisão de livros atas de reuniões de equipe do NAPPRE.

RESULTADOS

Os resultados obtidos foram:—gestão compartilhada CDA/NAPPRE com espaço físico, financeiro e ampliação de profissionais para equipe psicopedagógica;—criação de sala para instalação da COREMU (custeio de obras no espaço físico, aquisição de bens para equipar a sala e inserção de 1 recepcionista);—acompanhamento do processo seletivo anual para as Residências, incluindo matrícula e reclassificações dos aprovados;—integração no processo de ambientação anual dos novos Residentes, pela CDA/NAPPRE, COREME e COREMU ;—elaboração de documentação e articulação política para a implantação do auxílio moradia em conjunto com a FCM, coordenadores da COREME, COREMU e Procuradoria da UERJ;—projeto de extensão do NAPPRE: “Residência acolhedora”;—ampliação da cobertura dos atendimentos da equipe do NAPPRE com a prevalência identificada: dificuldades com a formação teórico-prática em 60 horas semanais e seus rebatimentos nas condições de saúde (queixas de cansaço, estresse, ansiedade e depressão). Entre os residentes médicos: dificuldades na vinculação do trabalho com sofrimento humano, número de pacientes e complexidade dos cuidados, exposição a contágio de doenças transmissíveis e dilemas éticos [1]. Residentes de todos os cursos apontaram para os desafios com o trabalho em equipe, haja vista o núcleo de conhecimento específico das profissões de saúde e o campo da saúde coletiva, a hierarquização das relações institucionais na universidade e a comunicação de notícias difíceis [2]. Entre preceptores e docentes comparece a dificuldade de manejo com residentes que apresentam transtorno mental e adesão ao tratamento, dificuldades com suas equipes frente as situações de assédio moral, sexual e racismo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As Residências utilizam a metodologia de ensino a partir do trabalho—ensino em serviço como ação estratégica para a formação e nos moldes dos princípios do SUS. Contudo, com a imposição da carga horária extensa cria-se uma dinâmica de superexploração da força de trabalho do residente [3], sobretudo pela precarização das condições de trabalho no SUS. Esses indicadores vêm ocasionando sofrimento psíquico [4] que precisa de atenção e cuidado desses alunos, angústia entre preceptores e docentes, além de rearranjos pedagógicos que levem em consideração a macro e micropolítica do cuidado e do trabalho em saúde [5]. Apesar da identificação dos desafios, a CDA/NAPPRE vem buscando o fortalecimento de estratégias para reflexão crítica, práticas contra-hememônicas, que possam reverberar na práxis e na dimensão criativa desses sujeitos no processo de ensino e aprendizagem que envolve a Residência na UERJ.

REFERÊNCIAS

- [1] Nogueira, LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 2003;1(2).
- [2] Brasil. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de Janeiro de 2007.MEC/MS. Dispõe sobre a residência multiprofissional e em área da saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2007.
- [3] Carvalho CN. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2013;62(1).
- [4] Dal Rosso S. Mais Trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo; 2008.
- [5] Cecim RB. Enciclopédia das Residências em Saúde. Porto Alegre: Rede União; 2018.
- [6] Pereira IB. Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.

CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA E ESTADO PENAL: REFLEXÕES A PARTIR DO PROJETO DE EXTENSÃO ‘PROMOVENDO A SAÚDE MASCULINA’ NA UNIDADE PRISIONAL DE MIRACEMA DO TOCANTINS

Ingrid Karla Da Nóbrega Beserra¹

Vicente Cabrera Calhiros

Maria Irenilce Rodrigues Barros

Elberth Bezerra De Albuquerque Souto

Marco Vigiatto

Maria Cleide Pereira Moraes

Raquel Araujo Pinto

Lucas Rodrigues Ruiz Falchione

Anna Gabrielle Nogueira Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A análise das dinâmicas prisionais revela os contornos de um sistema penal que perpetua a “criminalização da pobreza” [1,2] e reforça a lógica do controle social, bem como da evolução dos métodos coercitivos e punitivos utilizados pelo Estado na era moderna [3]. Desse modo, este artigo explora as interseções entre o Estado Penal [1,2], as condições de vulnerabilidade socioeconômica e a saúde no sistema carcerário, utilizando como referência o projeto de extensão, “Promovendo a Saúde Masculina”, que teve como local de aplicação a Unidade Penal (UP) de Miracema do Tocantins-TO, por docentes vinculados à Universidade Federal do Tocantins (UFT).

OBJETIVO

Relatar a experiência de implementação do projeto de extensão “Promovendo a Saúde Masculina” na Unidade Penal de Miracema do Tocantins, com o objetivo de desenvolver ações voltadas à promoção da saúde física e mental dos homens privados de liberdade. Busca-se, com isso, refletir sobre os efeitos da criminalização da pobreza e do Estado Penal na vida dos sujeitos encarcerados, destacando a relevância da inserção universitária em espaços de privação de liberdade como estratégia de enfrentamento das iniquidades em saúde e violação de direitos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, construído a partir das atividades desenvolvidas no âmbito do projeto de extensão “Promovendo a Saúde Masculina”, executado em 2024 na Unidade Penal de Miracema do Tocantins, em parceria com docentes e discentes da Universidade Federal do Tocantins (UFT). As ações incluíram a realização de palestras educativas,

1

Universidade Federal do Tocantins. E-mail: ingrid.nobrega@mail.uft.edu.br

atividades físicas orientadas, rodas de conversa e atendimentos de saúde em caráter preventivo, com foco na promoção do autocuidado e melhoria das condições de vida dos internos. A metodologia baseou-se na escuta ativa e na participação dos sujeitos privados de liberdade, respeitando os princípios da extensão universitária, da dignidade humana e da Lei de Execução Penal. Por se tratar de relato de ações extensionistas e não envolver coleta de dados identificáveis, não foi necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Acerca dessa matéria, cabe destacar a evolução das punições, desde as práticas de suplício até o modelo disciplinar moderno, caracterizado pela vigilância e normalização dos corpos [3]. No Brasil, essa transição histórica reflete-se na seletividade penal, na qual populações pobres, negras e periféricas são as principais vítimas do encarceramento em massa. A partir da canção “Pivete” de Chico Buarque e Francis Hime, acerca dos meninos de rua e vulneráveis socialmente, observa-se como os espaços ocupados pelo sujeito marginalizado tornam-se determinantes para a sua identidade [4]. Essa correlação, subjugada por uma relação de poder, fixa uma parcela da população em uma condição socioeconômica de exclusão. Fazendo uma analogia entre o ‘pivete’ e o detento, podemos dizer que a rua representa para aquele, o que a cela retrata para o detento, ou seja, o lugar de “confinamento” que simboliza sua exclusão social [1,2], corroborando, desse modo, com a lógica de criminalização de pobreza em um sistema que se alimenta da exploração. O “pivete” está preso às relações de poder e significados que o suprimem, assim como os homens privados de liberdade na UP, ora analisado neste trabalho, são moldados pela disciplina e vigilância do sistema penal brasileiro [4]. O poder disciplinar controla e fabrica indivíduos, transformando-os em efeitos de suas próprias relações de dominação [3]. Assim como em “pivete”, os detentos tornam-se produtos das dinâmicas de segregação e de controle exercidas pelo Estado. Além destes, a própria população, já criminalizada e vulnerabilizada pela pobreza, é constantemente alvo das mais diversas formas de violência e coerção. Portanto, a exclusão dos direitos sociais apontada na canção supracitada, também ecoa no contexto prisional, no qual o acesso limitado a serviços básicos perpetua a marginalização. Dados do Relatório de Informações Penais [5] indicam que, dos 644.305 presos no Brasil, mais de 80% não possuem acesso à educação ou às condições básicas de sobrevivência. Considerando esses dados, a Unidade Penal de Miracema do Tocantins conta com 119 homens internos que participam da extensão realizada em parceria com a UFT (destaca-se que este número é variável, considerando-se a volubilidade das penas). Dessa forma, o projeto, “Promovendo a Saúde Masculina”, visa a promoção da saúde masculina, viabilizando o acesso aos cuidados médicos e odontológicos. O sistema penal pune, classifica e segrega, reproduzindo desigualdades sociais e consolidando o papel do Estado Penal como instrumento de controle dos marginalizados [3]. A prisão moderna, descrita pelo autor, é um espaço de vigilância constante e de gestão disciplinar dos corpos. A negligência à saúde e o descaso com as condições de vida refletem a precariedade de um sistema que desumaniza tanto os homens em privação de liberdade, quanto os servidores penitenciários. O projeto de extensão que vem sendo implementado, durante o ano de 2024, busca enfrentar essa realidade ao implementar ações

de prevenção e promoção à saúde no contexto prisional, alinhadas aos princípios da Lei de Execução Penal (LEP) [6]. Nele, as atividades propostas, como palestras, atividades físicas e incentivo à adoção de hábitos saudáveis têm como objetivo mitigar os efeitos nocivos da prisão sobre a saúde física e mental dos detentos, já que a prisão é um instrumento político que exerce poder sobre corpos e mentes [3].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados do projeto em questão revelam como o Estado Penal opera pela repressão e pela omissão, negando a esses homens o acesso a direitos fundamentais. Essa dinâmica reforça o caráter punitivo e disciplinar da prisão, ao mesmo tempo que perpetua as desigualdades sociais. A criminalização da pobreza, nesse contexto, é manifestada na composição socioeconômica da população carcerária. A incapacidade do Estado de oferecer condições dignas à população — como saúde, educação e trabalho — contrasta com a eficiência de seu aparato repressivo. É na perspectiva da integração entre universidade e unidade prisional que o projeto de extensão propõe ações no sentido de possibilitar a qualidade de vida daqueles que estão privados de liberdade e o debate no sentido de ampliar ações pautadas no respeito à dignidade humana.

REFERÊNCIAS

- (1) Wacquant L. As duas faces do gueto. São Paulo: Boitempo; 2008.
- (2) Wacquant L. Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan; 2015.
- (3) Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 28. ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
- (4) Barros MIR. Entre o marginal e o social: a exclusão que ronda Pivete. In: Freire J, Santos J, Lopes F, organizadores. Políticas e práticas educacionais, pobreza e desigualdade social: sujeitos e contextos sociais. Palmas: EDUFT; 2021. v. 2.
- (5) Brasil. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Dados estatísticos do sistema penitenciário: relatório de informações penais – RELIPEN, 1º semestre de 2023. Brasília, DF: SENAPPEN; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/senappen-lanca-levantamento-de-informacoes-penitenciarias-referentes-ao-primeiro-semester-de-2023/relipen>.
- (6) Brasil. Lei de Execução Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm.

CUIDADO E INCLUSÃO: A EXPERIÊNCIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA APAE-RJ

Nina Prates¹

Aline Gomes Bortoloti Dourado

Giovanna Matos Elabras

Giulia Lencastre Santiago Leal

Júlia Tavares de Almeida

Letícia Santiago da Silva Ferreira

Daniel Ferraz Pozzer Gularte

Gabriela Mateus Falcoeiras

Luciana Cresta de Barros Dolinsky

Tânia Vianna

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), fundada em 1954, é uma organização social voltada à assistência integral de pessoas com deficiência e seus familiares. A APAE desempenha um papel fundamental na inclusão social e suporte a essas populações, promovendo atividades socioassistenciais que favorecem o bem-estar e a autonomia. A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) de 2022 do IBGE¹ estimou que 18,6 milhões de pessoas no Brasil tinham algum tipo de deficiência. Isso corresponde a 8,9% da população brasileira com idade igual ou superior a dois anos, destacando a relevância de iniciativas voltadas a esse público.

O grupo de pessoas que com necessidades especiais apresentam condições de saúde variadas, heterogêneas, e que demandam intervenções desiguais. Em especial, crianças e adolescentes atendidos na APAE necessitam de auxílio integral por parte de seus familiares cuidadores cuja qualidade de vida pode estar ameaçada pelas circunstâncias de cuidados frequentes dispensados².

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma estratégia de escuta ativa e acolhedora e construção de redes de apoio comunitário para trabalhar as questões emocionais dos participantes que compartilham suas histórias, dores e sofrimentos, assim como, a capacidade de superação e a resolução de problemas que inspiram o grupo e fortalecem a resiliência e identidade individual e grupal³. Essa prática se mostra eficaz no acolhimento e fortalecimento emocional de cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e deficiência intelectual, contribuindo para a resiliência emocional e a qualidade do cuidado prestado.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma roda de terapia comunitária realizada na APAE-RJ, com o intuito de proporcionar suporte emocional e acolhimento a cuidadores de crianças com transtornos do

1 Fundação Técnico Educacional Souza Marques. Email: nfprates@gmail.com

neurodesenvolvimento com TEA e deficiência intelectual, promovendo um espaço de escuta, troca de experiências e fortalecimento do bem-estar.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado na observação participante de uma sessão de terapia comunitária. A sessão foi conduzida por uma profissional especializada, com formação em TC, utilizando técnicas de escuta ativa, acolhimento emocional e dinâmicas reflexivas. Estiveram presentes 13 responsáveis por crianças assistidas na APAE- RJ e profissionais da equipe de assistentes sociais da APAE, além de 05 alunas participantes da Liga Acadêmica de Genética e Doenças Raras da Escola de Medicina Souza Marques e 02 professoras responsáveis.

A sessão foi estruturada em quatro momentos:

Acolhimento e apresentação: cada participante compartilhou informações pessoais e uma conquista recente.

Dinâmicas vivenciais: foram aplicadas estratégias de visualização e dinâmicas de reflexão, como “Aceitar o Desconhecido”, para estimular a expressão emocional e a resiliência.

Espaço para desabafos: os participantes compartilharam desafios cotidianos no cuidado de seus filhos, promovendo apoio mútuo e empatia.

Encerramento: reflexão coletiva sobre aprendizados e finalização com um gesto simbólico de acolhimento.

RESULTADOS

A experiência demonstrou impacto positivo no bem-estar emocional dos participantes.

Emoções como frustração, impotência, conflitos familiares, dependência química, tristeza, baixa autoestima, culpabilização, luto foram a tônica do encontro e as identificações surgiram naturalmente promovendo trocas de experiências e recursos para lidar com as situações e sentimentos expressados.

A finalização foi realizada com cada membro resumindo em uma palavra o que estava levando do encontro e “aprendizado”, “acolhimento”, “escuta”, “troca”, “afeto”, “sabedoria”, “oportunidade”, “gratidão” foram os termos que reforçam que o encontro atendeu às expectativas do grupo.

A experiência também evidenciou desafios, como dificuldades na mobilização inicial do grupo e na comunicação com a instituição, ressaltando a necessidade de aprimoramento na organização e divulgação das atividades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Observou-se que a troca de vivências e o fortalecimento das redes de apoio contribuíram para a redução do isolamento social, fortalecimento da autoeficácia e melhora na percepção de suporte.

A roda de terapia comunitária revelou-se uma ferramenta eficaz de suporte emocional para cuidadores de crianças com deficiência atendidas pela APAE-RJ. A metodologia favoreceu um ambiente de acolhimento e escuta, fortalecendo os laços de apoio e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos participantes. Recomenda-se a continuidade e expansão da iniciativa, com aprimoramento na logística e estratégias de engajamento, a fim de potencializar seus impactos positivos.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2022: Pessoas com deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
- (2) Braccialli LMP, Bagagi PDS, Sankako AN, Araújo RCT. Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. Rev Bras Educ Espec. 2012;18:113-26.
- (3) Barreto AP. Terapia Comunitária passo a passo. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.

CUIDADOS PALIATIVOS E FINITUDE PARA ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Paolla Soares da Encarnação¹

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

Lilian Rendeiro de Oliveira Campos

Denzel Luis Pereira de Souza

Rebecca do Carmo Ibraim

Thais da Silva Muzitano

Julia Carvalho Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A abordagem dos Cuidados Paliativos teve origem a partir do movimento Hospice, e nesta modalidade, os cuidados podem ser ofertados em qualquer instância, sempre proporcionados por equipe multiprofissional¹. Assim, torna-se fundamental a valorização do cuidado direcionado aos pacientes que estejam vivenciando processos ameaçadores da vida, pois os Cuidados Paliativos contemplam o alívio do sofrimento em suas várias dimensões, proporcionando uma assistência interdisciplinar e de qualidade². Neste sentido, o objetivo foi descrever o conteúdo abordado na literatura científica sobre os cuidados paliativos e finitude para graduandos de odontologia e enfermagem.

OBJETIVO

Analisar a abordagem dos cuidados paliativos e da finitude na formação acadêmica de estudantes de odontologia e enfermagem, por meio de uma revisão integrativa da literatura, identificando os principais aspectos discutidos na produção científica, as lacunas existentes no ensino dessas temáticas e as estratégias educacionais que podem contribuir para a qualificação da assistência prestada pelos futuros profissionais.

METODOLOGIA

Revisão integrativa de literatura que utilizou a pergunta: “Quais os aspectos abordados na literatura científica sobre o ensino sobre cuidados paliativos e finitude para graduandos de odontologia e enfermagem?”. No mês de dezembro de 2024, foi realizada a busca no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “cuidados paliativos” and “estudantes de enfermagem” e “cuidados paliativos” and “educação em odontologia”. Foram considerados elegíveis e selecionados os artigos publicados nos idiomas inglês e português, com texto completo e disponível online, e ter sido publicado nos últimos 5 anos (de 2017 a 2022). Foram excluídas da análise as publicações cujos textos completos não versaram sobre o tema proposto.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: paollaencarnacao.uerj@gmail.com

RESULTADOS

Em relação a odontologia, não foram encontrados estudos sobre a temática. Para a enfermagem, ressalta-se a fragilidade da sua abordagem e está diretamente associada à percepção da falta de preparo e, conseqüentemente, a formação de obstáculos para a realização da assistência adequada. No entanto, evidenciam que a inserção de atividades teórico-práticas, melhoram a percepção sobre os cuidados paliativos e finitude, inclusive nas suas vivências pessoais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O olhar para a preservação da qualidade de vida deve ser a diretriz dos profissionais que promovem o cuidado paliativo. E para desenvolvê-lo pautado em práticas humanizadas, os profissionais devem ser incentivados desde a graduação para a percepção do cuidado e da necessidade do envolvimento e integração das diversas áreas de conhecimento.

REFERÊNCIAS

- (1) Brito MA, Souza AS, Oliveira CD, Ferreira FG, Santos RM. Palliative care in pediatrics: a reflective study. J Nurs UFPE. 2015;9(3):7155-60. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i3a10446p7155-7160-2015>.
- (2) Organização Mundial da Saúde. Palliative care. Copenhagen: Gabinete Regional da OMS para a Europa; 2017.

CULTURA, IDENTIDADE E FORMAÇÃO MÉDICA: EXPERIÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS E DECOLONIAIS NO SERTÃO PERNAMBUCANO

Elizabeth Regina de Melo Cabral¹

Regina de Melo Cabral

Elane Nunes Serafim

Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa

Fábio Sousa e Silva

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Ana Paula Galdino de Oliveira

Márcio Cristiano Melo

José Diêgo Leite Santana

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação médica em territórios marcados por iniquidades históricas e sociais exige a articulação entre ensino, extensão e serviço. No sertão pernambucano, experiências vividas nos componentes curriculares de análise social e relações étnico-raciais e história, sociedade e cultura afro-brasileira, africana e indígena oportunizaram aos estudantes a imersão em práticas formativas comprometidas com os princípios da decolonialidade e da interprofissionalidade (1, 2). As atividades envolveram oficinas, rodas de conversa, visitas técnicas a comunidades tradicionais e interação com manifestações culturais como o bumba-meu-boi. Tais vivências favoreceram a construção de um olhar ampliado sobre o cuidado, fortalecendo a articulação entre saberes populares, práticas comunitárias e formação crítica em saúde. Nesse contexto, emergem reflexões sobre racismo estrutural, saúde coletiva e a potência dos territórios na promoção de vínculos e no fortalecimento da identidade coletiva (1, 2).

OBJETIVO

Descrever as reflexões sobre contribuições das práticas culturais e saberes populares para a formação médica interprofissional e decolonial, a partir de experiências realizadas em módulos de um curso de medicina, no sertão pernambucano, no ano de 2024.

METODOLOGIA

Tratou-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, fundamentado nas vivências de estudantes de medicina em atividades curriculares e de extensão. As ações envolveram práticas com grupos culturais, comunidades tradicionais e profissionais da saúde, sendo registradas em diários de bordo, produções reflexivas e devolutivas em grupo. A análise temática de conteúdo foi orientada por Bardin (3), considerando categorias emergentes dos discursos. A interprofissionalidade foi interpretada

1

Faculdade de Medicina do Sertão, Arcoverde/PE. E-mail: belreg@gmail.com

conforme Ceccim e Feuerwerker (1), e a decolonialidade conforme Quijano (2), em articulação com a realidade sociocultural local.

RESULTADOS

As análises apontaram cinco categorias centrais: pertencimento e identidade, bem-estar emocional, valorização da cultura, fortalecimento de redes de cuidado e reconhecimento da diversidade. Os estudantes relataram que as atividades proporcionaram ampliação da escuta, sensibilidade às iniquidades e maior compreensão sobre saúde coletiva. Relatos destacam a importância das experiências na quebra de estigmas, paradgmas e na valorização das manifestações culturais como ferramentas de cuidado à saúde. A interação com povos tradicionais, lideranças comunitárias e práticas culturais de matriz africana e indígena foi central para desenvolver empatia, escuta qualificada e respeito aos saberes locais. A experiência permitiu, ainda, vivenciar a interprofissionalidade em campo, integrando saberes acadêmicos e populares no contexto do cuidado em saúde (4, 5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As experiências contribuíram para a formação crítica e humanizada dos estudantes, sensibilizando-os para práticas de cuidado baseadas no respeito à diversidade cultural. A inserção em territórios populares reforçou o papel da interprofissionalidade e da decolonialidade na formação médica, além de fortalecer o compromisso social com a saúde coletiva. Tais vivências reiteram a importância da extensão curricularizada à realidade local, à construção de territórios saudáveis, justos e do bem viver da população.

REFERÊNCIAS

- (1) Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social [Internet]. Interface (Botucatu). 2004 [acesso em 2025 abr 14];8(14):11-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>
- (2) Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2005 [acesso em 2025 abr 14]. p.117-142. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf
- (3) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- (4) Peduzzi M, Norman AH, Germani AC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2013 [acesso em 2025 abr 15];47(4):977-983. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
- (5) Freire P. Pedagogia do oprimido. 65. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2021.

DE LA SALUD PRIMITIVA A LA APS RENOVADA: TENSIONES Y POTENCIAL TRANSFORMADOR DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Silvia Figueredo¹

Silvia Patricia Miño

INTRODUCCIÓN

La producción académica de los Trabajos Finales de Grado (TFG) en la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza (2014-2018) refleja un predominio del enfoque cuantitativo, con escasa articulación con teorías de enfermería y una débil fundamentación epistemológica(1). Estas limitaciones contribuyen a una visión fragmentada del cuidado, desconectada de los determinantes sociales de la salud. El paradigma de Atención Primaria de la Salud (APS)(2), con enfoque comunitario y justicia sanitaria, se presenta como horizonte crítico frente a una lógica reduccionista y tecnocrática, denominada “salud primitiva”(3). La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) surge como una alternativa transformadora(4), capaz de superar la dicotomía entre atención individual y acción colectiva, articulando saberes clínicos, comunitarios y decoloniales. Esta propuesta tensiona las políticas públicas actuales que, en contextos neoliberales, dificultan la consolidación de modelos emancipadores. El artículo recupera experiencias significativas como REMEDIAR+REDES y la Red de Enfermería Indígena para ilustrar cómo una enfermería crítica puede incidir en la transformación estructural desde el territorio, redefiniendo su rol como agente político en salud.

OBJETIVO

Caracterizar teórica y epistemológicamente la producción de Trabajos Finales de Grado de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la UNLaM (2014-2018), identificando limitaciones metodológicas y potencialidades para la construcción de una praxis crítica desde la Enfermería Comunitaria en el marco de la APS renovada.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio documental retrospectivo con triangulación metodológica (mixto) y triangulación de investigadores, en el marco del Programa CyTMA 2 (UNLaM). La muestra estuvo compuesta por 29 TFG completos (2014-2018). Se analizaron variables sociodemográficas, temáticas, enfoques teórico-metodológicos y calificaciones, usando estadística descriptiva y coeficiente Rho de Spearman. El análisis cualitativo incluyó lectura categorial de marcos teóricos y estrategias metodológicas. Se utilizó una lista de cotejo ad hoc y el procesamiento cuantitativo se realizó con Office 2020®. El diseño permitió relevar tendencias en la producción académica, articulando indicadores cuantitativos con interpretaciones críticas sobre la integración disciplinar y la construcción del rol profesional desde la enfermería comunitaria.

1

Universidad Nacional de La Matanza. E-mail: silvia2012figueredo@gmail.com

RESULTADOS

De los 29 TFG analizados, el 72% presentó enfoque cuantitativo, predominando estudios descriptivos con uso extensivo de encuestas. Solo el 28% abordó enfoques cualitativos o mixtos. Se observó escasa articulación con teorías enfermeras (Orem, Watson, Villalba) y una débil fundamentación epistemológica. La media de duración de la carrera fue de 6,39 años y la nota promedio de 8,53; sin correlación significativa entre ambas variables. El rol de la enfermería fue descripto superficialmente, sin profundización en intervenciones ni aportes disciplinares. Esta producción refleja una tendencia a reproducir una visión fragmentaria y biologicista, más cercana a la “salud primitiva” que a los principios de la APS renovada. Se identifican como oportunidades superadoras experiencias como la especialización en EPA de la UNAJ, que integra atención directa, participación política e investigación territorial. También se destacan prácticas que enlazan cuidado comunitario, saberes ancestrales y abogacía sanitaria. Estos hallazgos evidencian la necesidad de reconfigurar la formación en enfermería desde paradigmas críticos que articulen academia y comunidad, superando el reduccionismo técnico.

CONSIDERACIONES

La producción académica de los TFG revela una formación centrada en enfoques descriptivos y biomédicos, con débil integración teórica. Esto limita la capacidad de la enfermería comunitaria para generar conocimiento situado y transformador. La Enfermería de Práctica Avanzada representa una oportunidad estratégica para redefinir el rol profesional desde la APS renovada, integrando competencias clínicas, participación política y saberes decoloniales. Su consolidación requiere una academia crítica, políticas públicas coherentes y el reconocimiento de epistemologías subalternas. La tensión entre APS y salud primitiva es política: solo una praxis emancipadora podrá enfrentar las inequidades estructurales y reconstruir el derecho a la salud desde los territorios(5).

REFERENCIAS

- (1) Figueredo S, Miño SP. RedSAL. 2024;3(2):23-30.
- (2) OPS. Declaración de Alma-Ata. 2012.
- (3) Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
- (4) OMS. Community health nursing. 2021.
- (5) Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2020

DESAFIOS DO CUIDADO ÀS SITUAÇÕES DE ABORTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ABORDAGEM DA GRAVIDEZ INDESEJADA E EXPERIÊNCIAS DE REDUÇÃO DE DANOS EM CONTEXTOS RESTRITIVOS

Giovanna Alves Bottino¹

Jéssica Vitória Morais de Oliveira

Nanda Isele Gallas Duarte

Luanda de Oliveira Lima

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O aborto é um evento frequente na vida reprodutiva das mulheres¹ e, quando realizado de forma insegura, representa de 4,17% a 13,8% das mortes maternas no mundo². Em contextos de criminalização, a ausência de protocolos e o despreparo de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) ampliam os riscos³. A estratégia da redução de danos propõe acolher mulheres com gravidez indesejada por meio de escuta, informação e

cuidado ético, mesmo em contextos legais restritivos⁴. A valorização da escuta qualificada e o fornecimento de orientações seguras se mostram fundamentais para minimizar riscos e proteger os direitos reprodutivos, em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde². Nesse cenário, o presente estudo se guia por duas questões centrais: i) O que a literatura internacional informa sobre estratégias de redução de danos a abortos inseguros, que podem ser realizadas mesmo em cenários de legislação desfavoráveis ao direito ao aborto? ii) Como este conhecimento pode auxiliar na reflexão sobre o potencial da APS do SUS brasileiro para a incorporação de práticas de cuidado nessa direção?

OBJETIVO

Conhecer a produção científica sobre estratégias de redução de danos a abortos inseguros e identificar o papel da APS, para que seja possível analisar os desafios enfrentados por profissionais e instituições na Atenção Primária à Saúde diante de situações de aborto, com ênfase na abordagem da gravidez indesejada e nas experiências de redução de danos em contextos legais restritivos.

METODOLOGIA

Estudo de revisão de escopo descritivo e compreensivo sobre estratégias de redução de danos em casos de gravidez indesejada. Foram realizadas buscas entre os dias 11 e 13 de abril de 2025 nas bases: SciELO, PubMed, LILACS, Embase, Global Index e Cochrane, com os seguintes descritores: aborto (Abortion); redução do dano (Harm Reduction); comportamento de redução do risco (Risk Reduction Behavior); aborto induzido (Abortion, Induced). A análise de conteúdo incluirá a identificação sobre o provedor das estratégias de redução de danos – serviços públicos dos Estados, serviços da assistência

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: giovannaabottino@gmail.com

privada, ONGs, grupos feministas, serviços híbridos ou estudos que analisam mais de um caso. Processo que nos ajudará a identificar o nível de assistência em que se estabelece e quais são e como funcionam as estratégias de redução de danos na APS.

RESULTADOS

A revisão está em curso. A primeira fase, de busca, encontrou 494 artigos nas bases mencionadas, sem filtro por período temporal. A etapa seguinte foi de exclusão, considerando duplicatas e leitura de título, descartando trabalhos relacionados a outros temas, mas mantendo artigos com possibilidade ou dúvida sobre inclusão. Desta etapa, 93 artigos restam incluídos, onde a estratégia de redução de danos a aborto inseguro é uma das questões centrais do artigo. A próxima etapa, de inclusão para formatação da amostra final, envolve finalização da avaliação dos resumos dos trabalhos. Leituras preliminares indicam que entre os desafios enfrentados por quem atua na Atenção Primária à Saúde, além da falta de treinamentos e entendimento, estão também ambientes despreparados e barreiras culturais e legais que tornam difícil oferecer um cuidado ético e seguro a mulheres em situações de aborto. Isso pode silenciar profissionais, afastando mulheres dos serviços e enfraquecendo o vínculo de cuidado⁵. Até o momento, a revisão reforça que escutar sem julgar, acolher com empatia e oferecer informação segura não são apenas estratégias, mas formas de garantir direitos⁶. Após a finalização da análise, será possível aprofundar os desafios do cuidado às situações de aborto na atenção primária à saúde, abordagem da gravidez indesejada e experiências de redução de danos em contextos restritivos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O conhecimento e fortalecimento de abordagens de redução de danos contribuem para a proteção da vida, a dignidade das usuárias do SUS e a construção de um sistema de saúde mais humano e inclusivo⁷, fato que evidencia a importância da atenção primária à saúde, por seus atributos, e o seu impacto na garantia dos direitos das mulheres no contexto do aborto legal. É urgente reconhecer a potência dessa estratégia como resposta às desigualdades estruturais que atravessam a saúde reprodutiva no Brasil e no mundo, conhecendo os contextos e resultados nos cenários em que já são uma realidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey–Brazil, 2021. *Ciênc saúde coletiva*. 2023Jun;28(6):1601–6.
- (2) WHO. Abortion care guideline: summary. Geneva: WHO; 2022.
- (3) ANIS–Instituto de Bioética. Cartilha: Aborto e redução de danos. 2024.
- (4) Erdman JN. Harm reduction, human rights, and access to information. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011.
- (5) IPAS Brasil. Aborto no Brasil: desafios e perspectivas. 2023.
- (6) SBMFC. Cuidado em saúde sexual e reprodutiva na APS. 2022.
- (7) Stifani BM et al. Advancing abortion access. *Contraception*. 2022.

DESCOLONIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: PRÁTICA EXTENSIONISTA NO QUILOMBO BOA ESPERANÇA

Andressa Cristina Englet Jeronimo Soares¹

Gleicielly Zopelaro Braga

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Boa Esperança, localizada no município de Areal, no estado do Rio de Janeiro, é um território de resistência quilombola em um contexto rural, onde vivem cerca de 125 famílias. Nesse espaço, percorremos caminhos com uma metodologia extensionista sentipensante, guiada também pelo afeto e pela confluência de saberes. Junto a nossa aluna quilombola e demais estudantes do Projeto de Extensão da UNIFASE, caminhamos lado a lado, aprendendo e construindo em conjunto, em uma prática que valoriza as raízes culturais e o protagonismo das comunidades.

Ao caminhar pela comunidade se é percebido as confluências ali construídas e nutridas ao longo de cada espaço que pudemos presenciar. As festividades que sempre são abertas para admiração e degustação de cada carinho demonstrado através das apresentações da roda de capoeira, das comidas feitas com afeto entre irmãs, do museu repleto de ancestralidade e das rapaduras de “Seu Celso” feitas e preparadas no quintal de casa. O mais gostoso disso tudo é que fomos agraciados dessas diversas maneiras caminhando no cotidiano da comunidade.

Nossas caminhadas têm compromisso com afeto para com aquelas e aqueles que nos recebem. Nossa presença é de diálogo, escuta e partilha. Conversamos com as moradoras, nos permitimos envolver por suas histórias, vivências e experiências e, juntas, expomos nossas vulnerabilidades e construímos vínculos. Cada passo dado no quilombo ecoa nossa reflexão extensionista que respeita as pluralidades do território, um processo de troca afetiva onde o saber e o sentir caminham juntos.

OBJETIVO

O objetivo do Projeto de Extensão é promover uma troca de saberes entre os extensionistas da UNIFASE e as moradoras do Quilombo Boa Esperança, criando um espaço de ensino aprendizagem mútuo e horizontal. Buscamos, por meio de um envolvimento afetivo e respeitoso, fortalecer os vínculos com a comunidade quilombola, ressignificando práticas de saúde, cuidado e educação, a partir de uma extensão sentipensante, inspirada por uma pedagogia do afeto, conforme nos conta bell hooks.⁽¹⁾

METODOLOGIA

Trabalhamos em *sentipensante* como nos conta Ricardo Tammela ⁽²⁾. Essa extensão universitária integra sentimento e pensamento como formas indissociáveis de ensino aprendido. Caminhamos,

1

Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: extensao.gleicielly@unifase-rj.edu.br

quinzenalmente na parte da tarde, junto à comunidade do Quilombo Boa Esperança, em uma prática extensionista dialógica e à deriva, que não impõe saberes, mas escuta e compartilha vivências através do acolhimento deste território.

A “deriva”, aqui, não se refere apenas à caminhada física pelo território, mas também a uma disposição para se deixar conduzir pelo fluxo de encontros, histórias e experiências compartilhadas. Nos movemos com a comunidade, guiados por suas presenças e pela organicidade das relações que se estabelecem, permitindo que o conhecimento emergente seja construído a partir do cotidiano e das particularidades daquele espaço.

Ailton Krenak (3), em *O Amanhã Não Está à Venda*, nos lembra que o aprendizado deve ir além das fronteiras das salas de aula e se expandir, onde podemos aprender com a terra, as pessoas e os territórios que nos cercam. Sublinhando esse pensamento, nosso caminhar se envolve junto às experiências, cotidiano e histórias daquelas e daqueles que nos acolhem.

RESULTADOS

A experiência partilhada junto ao Quilombo Boa Esperança tem mostrado que o processo de cuidado e aprendizagem transcende as barreiras do saber acadêmico tradicional. A combinação entre saberes orgânicos – aqueles cultivados na prática cotidiana, na experiência ancestral, na vivência do território – e saberes sintéticos, provenientes da academia, tem se mostrado uma poderosa ferramenta para refletir sobre as práticas de cuidado em saúde na formação das extensionistas. Ao dialogar com as gentes do quilombo, nossas extensionistas puderam, de fato, entender que o cuidado não é apenas um conceito teórico, mas uma prática de afeto, acolhimento e respeito à realidade da comunidade.

Nêgo Bispo, ao falar sobre a soma entre saberes orgânicos e sintéticos, nos ensina que a verdadeira sabedoria não está na dicotomia entre eles, mas na sua união e complementaridade. Ele nos ensina que não se trata de aprender apenas o que está no livro, mas de sentir, de estar com a terra e com o povo (4).

Esse movimento de reflexão e de aprendizagem conjunta fortalece a visão das extensionistas sobre o cuidado em saúde, e a compreensão das dificuldades ao se limitar à práticas técnicas, sem envolvimento, afeto, escuta, acolhimento e, principalmente, a valorização dos saberes comunitários. A extensão ao proporcionar a troca e confluência de saberes, permite então, vínculo e possibilidades de cuidado.

A reflexão sobre as práticas de cuidado se aprofundam à medida que as extensionistas caminham junto a reflexão e compreensão de que o cuidar está muito além de técnicas, diagnósticos, mas se funda nas relações afetivas, nas trocas e na vivência compartilhada.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este projeto reafirma a importância da extensão universitária como espaço de construção de saberes horizontais, onde o conhecimento é compartilhado e construído de forma conjunta por

todos. A extensão é uma via de mão dupla, onde a universidade aprende com as pessoas e o território, refletindo sobre seu próprio saber acadêmico ao se expor às práticas e necessidades das comunidades.

No Quilombo Boa Esperança, nossas extensionistas realizam mais que ações de saúde; elas imergem em um ambiente onde o cuidado se constrói nas relações, por meio da escuta afetiva, do acolhimento das histórias de vida e da valorização das práticas ancestrais.

O projeto ressalta que o verdadeiro cuidado respeita a pluralidade de cada território e saber, compreendendo que somos comunidade e partes de um todo.

REFERÊNCIAS

- (1) Hooks bell. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Martins Fontes; 2013.
- (2) Tammela R. narrativas de uma extensão sentipensante: quando caminhamos nessa deriva, acontece o amor. Rev Extensão. 2024;23(2):4-18.
- (3) Krenak A. O Amanhã Não Está à Venda. 2020.
- (4) Bispo N. A terra dá, a terra quer. Rio de Janeiro: Mórula Editorial; 2022.

DESCOLONIZANDO A PSICOLOGIA NA PENÍNSULA IBÉRICA POR DENTRO: TECENDO CRÍTICAS À EXPERIÊNCIA DE INTERCÂMBIO DE GRADUANDAS DE PSICOLOGIA DA UNEB

Rafaela Azevedo Araujo¹

Ana Júlia Matos de Jesus Santos

Maria Clara Gurgel Barreto de Jesus

Irislena Duarte Passos Pinto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A vivência de um intercâmbio acadêmico traz um diferencial ao estudante que alcança tal oportunidade visto que, ao apropriar-se de outras culturas e outros saberes/fazer, fomenta-se o desenvolvimento pessoal, oferece subsídios concretos para o aprimoramento da prática profissional e científica, alinhando-se às demandas de um mercado globalizado e à natureza colaborativa da produção do conhecimento [1].

Djamila Ribeiro [2] elabora sobre a necessidade de compreender o contexto dos falantes para compreender o conteúdo da mensagem. Assim, num período histórico em que ocorre um grande enviesamento das falas, é de suma importância informar que estas experiências ocorreram num período de seis meses em cada instituição. Além disso, o contato em Coimbra foi com uma turma de mestrado na qual a estudante esteve vinculada em 6 disciplinas; nas demais, as aulas eram a nível de graduação, tendo as estudantes do Porto cursado cinco matérias e a de Salamanca três.

Durante estas vivências, notou-se a potencialidade de desenvolver um comparativo crítico entre concepções da prática psicológica ensinada nas instituições estrangeiras e nacional a fim de contribuir para a descolonização do conhecimento e a promoção de diálogos científicos. Tal produção não é apenas relevante, mas imperativa em um mundo atravessado por diversas crises de múltiplas ordens.

OBJETIVO

Comparar a construção dos cuidados em saúde e os debates acerca dos determinantes sociais em saúde das da Universidade de Coimbra (Portugal), Universidade do Porto (Portugal), Universidade de Salamanca (Espanha); e do Brasil pela vivência do curso de Psicologia na Universidade do Estado da Bahia a partir de uma análise decolonial e interseccional.

METODOLOGIA

O presente resumo foi construído a partir de uma abordagem metodológica qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica e na análise de relatos de vivências intercambistas. Nessa lógica,

1

E-mail: rafaha52@gmail.com

a primeira obteve como enfoque autores que abordam as problemáticas dos efeitos do colonialismo na produção do conhecimento em psicologia, sobretudo no contexto ibérico, com o objetivo de descolonizar as práticas e discursos hegemônicos ainda consistentemente arraigados neste campo científico. Para isso, utilizou-se referenciais teóricos que discutem epistemologias, colonialidade do saber e críticas à universalização dos saberes psicológicos. Em paralelo, foram analisadas as experiências vividas por estudantes do curso de Psicologia da UNEB–Campus I, as quais participaram de intercâmbios acadêmicos em instituições de ensino superior em Portugal (Porto e Coimbra) e na Espanha. Os relatos dessas vivências contribuíram para refletir sobre os tensionamentos, desconfortos e aprendizados que emergiram no contato com currículos, práticas e discursos acadêmicos eurocentrados, permitindo construir uma crítica situada e engajada acerca da formação em psicologia na perspectiva da descolonização.

RESULTADOS

Nas universidades europeias, observa-se uma abordagem biomédica e universalista dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), com limitada incorporação interseccional. Em Salamanca, as discussões reduzem raça/etnia a diferenças culturais, restringindo-se a classe e gênero. Em Coimbra e Porto, o legado colonial perpetua hierarquias que subjugam saberes não-europeus [1], com lacunas no debate sobre raça, sexualidade e território. A Psicologia local mantém moldes tradicionais, refratários a epistemologias críticas.

No Brasil, articulam-se a crítica histórica de Galeano [3] à exploração estrutural latino-americana e a definição de DSS [4] com a decolonialidade de Krenak [5], que associa crises sanitárias à destruição ambiental e colonialidade, e à interseccionalidade [6], evidenciando como identidades raciais, de gênero e classe moldam experiências em saúde. Na UNEB, a Psicologia integra tais perspectivas, mesmo em contexto estruturalmente racista e patriarcal [7]. O acesso a discussões sobre identidades [8], globalização [1] e trabalho que enlaca a interseccionalidade com a área da saúde [9] fomenta práxis crítica, antirracista e ecológica, vinculando DSS à colonialidade do poder [3]. A formação dialoga com saberes não hegemônicos, promovendo cuidado em saúde como prática ontológica [9], que reconhece alteridade sem abandonar clássicos europeus.

As instituições ibéricas reproduzem modelos eurocêtricos desconsiderando teóricos não europeus, abrindo margem para o avanço de países como o Brasil no processo de construção de um cuidado humanizado [9]. Apesar de ainda persistirem desafios estruturais [3; 7], evidencia-se a urgência de desconstruir hierarquias epistêmicas e ampliar abordagens interseccionais nas discussões sobre DSS, visando equidade em saúde globalmente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir da experiência em intercâmbio na Espanha e em Portugal durante o período de setembro de 2024 a março de 2025, as graduandas em Psicologia pela Universidade do Estado da

Bahia perceberam, em diversos contextos—aulas, palestras, visitas técnicas, eventos acadêmicos –, a necessidade de ampliar o debate interseccional e decolonial no curso de Psicologia das Universidades europeias, para que assim se possa agregar aos moldes tradicionais de educação ainda suscitados nesses espaços a percepção dos determinantes sociais da saúde, formando profissionais que promovam o cuidado integral em saúde por um viés biopsicossocial. Por fim, ressalta-se a importância da mobilidade acadêmica internacional de estudantes brasileiros no âmbito de levantar reflexões acerca destas temáticas nos espaços acadêmicos do exterior, com base na sua formação do país de origem.

REFERÊNCIAS

- [1] Santos M. Por uma outra globalização. Rio de Janeiro: Record; 2021. 213 p.
- [2] Ribeiro D. Lugar de fala. São Paulo: Pólen; 2019 [e-book]. Versão Kindle. 128 p.
- [3] Galeano E. Las venas abiertas de América Latina. Buenos Aires: Siglo veintiuno; 2015. 379 p.
- [4] Fiocruz. DSSBR Promovendo a equidade em saúde. [Internet]. 2025. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 04 abr. 2025.
- [5] Krenak A, Silvestre H, Santos BS. O sistema e o antissistema: três ensaios, três mundos no mesmo mundo. Belo Horizonte: Autêntica; 2021 [e-book]. Versão Kindle. 80 p.
- [6] Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen; 2019 [e-book]. Versão Kindle. 152 p.
- [7] Hall S. Identidade cultural na pós-modernidade. 12ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2020 [e-book]. Versão Kindle. 86 p.
- [8] Brandão ER, Alzugar FCV. Gênero e saúde: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022. 139 p.

DESENHANDO A SAÚDE: PROMOVENDO EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO EM SAÚDE PARA O PÚBLICO INFANTIL

Luiza Queiroz de Sousa¹

Olivia Freitas Campos Pizarro Drummon

Cleo Bragança Cardoso Tammela Pinheiro

Ricardo Bragança Pinheiro Tammela

Patricia de M M Boccolini

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

“Ciêncena” é um neologismo, criado a partir da junção das palavras “ciência” e “cena”, que propõe o uso de elementos artísticos como uma estratégia de alfabetização científica, com o propósito de elucidar conceitos presentes nas áreas do conhecimento científico. Esse conceito é estratégico quando se trata do público infantil, visto que as informações tradicionais frequentemente não são adaptadas ao seu universo. As informações sobre saúde geralmente são apresentadas às crianças de maneira complexa, com linguagem técnica e científica que não é acessível para elas, o que limita o engajamento e a compreensão das mesmas. Ademais, o pouco incentivo à autonomia infantil, somado à falta de expressão das suas questões em saúde, torna esse público mais suscetível à desinformação e mais propenso à negligência por parte da sociedade. Caracteriza-se, portanto, um público com dificuldades de colocar a saúde como hábito, e consequentemente mais vulnerável e sujeito a doenças, especialmente as doenças da infância. Nesse sentido, o uso de estratégias lúdicas, como histórias em quadrinhos, surge como uma alternativa para tornar a informação científica mais acessível e compreensível¹.

OBJETIVO

Promover a participação ativa do público infantil nas questões de saúde locais, a partir do estímulo à curiosidade e ao pensamento crítico. Transformar informações sanitárias complexas em narrativas lúdicas e educativas, utilizando a linguagem das crianças e elementos artísticos como estratégia para a educação em saúde, sem comprometer a precisão, a veracidade e o rigor científico das informações apresentadas.

METODOLOGIA

Será elaborado uma história em quadrinhos, no modelo gibi, apresentando conteúdos de saúde de forma adaptada, incentivando o desenvolvimento do pensamento crítico e do conhecimento científico desde a infância. Essa estratégia apoia-se em estudos que comprovam que histórias em quadrinhos educativas são eficazes na disseminação de informações científicas e na promoção do aprendizado infantil². Para garantir que as temáticas abordadas estejam alinhadas com os interesses e necessidades do público infantil, a escolha dos temas será feita pelas próprias crianças: a partir de dinâmicas em turmas do Ensino Fundamental I, de escolas do Rio de Janeiro e Petrópolis. Suas

1 Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: luizaqs@alu.unifase-rj.edu.br

principais dúvidas e curiosidades em saúde serão identificadas por meio de atividades de apresentações teatrais em grupo realizadas por elas, nas quais cada encenação abordará um de seus questionamentos sobre o tema. Essa estratégia permite compreender a visão das crianças sobre suas próprias dúvidas, quais hipóteses formulam e como enxergam os assuntos abordados. A partir da escolha dos temas, será elaborado o roteiro do gibi, com adaptações da linguagem, criação de personagens, metáforas e cenários. Propomos uma abordagem acessível, mas sem recorrer a versões excessivamente simplificadas, como é frequentemente feito ao abordar temas complexos com esse público. Então, será desenvolvida a arte do gibi, utilizando elementos estratégicos que tornem o público envolvido no conteúdo. Após a finalização, o material será apresentado às mesmas turmas que participaram da elaboração dos temas. Serão feitas dinâmicas para testar, antes e depois da leitura das histórias, o conhecimento e interesse das crianças pelos temas abordados. Será feita, também, uma conversa para retorno de opinião dos professores, verificando sua percepção sobre a eficácia das histórias como ferramenta de educação em saúde. Após a análise da receptividade, os livretos serão distribuídos em unidades de saúde da família, escolas, hospitais, salas de espera de consultórios pediátricos e outros espaços estratégicos, ampliando o alcance e impacto na promoção da saúde infantil.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O uso de histórias em quadrinhos como ferramenta educativa tem se mostrado uma estratégia eficaz na promoção da saúde entre o público infantil. Estudos demonstram que esse recurso didático se destaca pela eficácia ao transmitir conceitos científicos para crianças, facilitando a compreensão do conteúdo e incentivando seu envolvimento no processo educativo³. Sendo assim, essa estratégia confere à educação em saúde uma abordagem dinâmica, estimulando a curiosidade. Ademais, o envolvimento das crianças na escolha dos temas e no processo de aprendizagem reforça a importância da participação ativa do público na construção do conhecimento científico, valorizando sua voz e experiência⁴. Esse protagonismo, portanto, reconhece a autonomia das crianças na construção de hábitos saudáveis. Ao ensiná-las sobre saúde, também se contribui para a formação de cidadãos mais responsáveis ambientalmente, fortalecendo, ainda, a conscientização dentro de suas famílias e comunidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Soares A, Santos ABM, Vieira TS, Xavier BL, Lucas RJ, Oliveira ÂGR. Use of comics in the promotion of school children's health: a scoping review. *Front Commun.* 2024;9:1439329.
- (2) Oliveira VC, Souza V, Santos WN, Costa FM, Santos VS, Lima SO. Histórias em quadrinhos: uma ferramenta para a educação e promoção da saúde. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2017;11(4):1-14.
- (3) Soares A, Santos ABM, Vieira TS, Xavier BL, Lucas RJ, Oliveira ÂGR. Construção e validação de tecnologia educativa no formato de história em quadrinhos para promoção de hábitos saudáveis em escolares. *Front Commun.* 2024;9:1439329. doi: 10.3389/fcomm.2024.1439329.
- (4) Medeiros SM, Vieira MF, Silva RM, Carvalho MF, Oliveira Júnior IF, Cunha DDA. Educational comic book and the knowledge of children about burn prevention. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190178.

DESENVOLVIMENTO DE UM E-BOOK COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA MELHORA DA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL E ADESÃO DOS USUÁRIOS ÀS AÇÕES DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA

Camila de Carvalho Braz¹

Beatriz Capistrano de Sá Oliveira

Bruna Beatriz do Carmo

Mayara Raquel Evaristo de Oliveira

Rafaela Schulz Domingues

Ana Claudia Barbosa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo para organizar a Atenção Primária à Saúde (APS). Ela busca promover cuidados de saúde abrangentes e contínuos para a população adscrita a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com atuação multiprofissional nas equipes de Saúde da Família. [1] O fortalecimento dessa estratégia é fundamental para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que buscam assegurar a integralidade do cuidado. Isso porque a APS é a principal porta de entrada do sistema, atuando como o núcleo de comunicação das RAS. [2]

A APS demonstra ainda um grande potencial para realizar ações educativas em saúde, com impacto significativo. [3] No entanto, para que o processo de adesão aos cuidados em saúde seja eficaz, é indispensável o uso de ferramentas que viabilizem a criação de estratégias e sua aplicação.

Nesse contexto, acadêmicas de Fisioterapia do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), Campus Realengo, estagiando em uma Clínica da Família da Área programática 5.1 do Rio de Janeiro-RJ, identificaram fatores que dificultaram o cuidado em saúde, sendo eles: a baixa adesão dos usuários nas atividades grupais e a pouca comunicação interprofissional em relação às ações da unidade. Dessa forma, foi desenvolvido um e-book para os profissionais com estratégias para solução de tais temáticas.

OBJETIVO

Desenvolver um material instrucional para gestores das Clínicas da Família, no intuito de aprimorar a comunicação e otimizar a adesão dos usuários aos serviços de saúde.

- Apresentar estratégias de comunicação interprofissional na APS.
- Sugerir abordagens diretas e uso de materiais visuais para divulgação.
- Orientar sobre o uso de redes sociais na divulgação.

Capacitar profissionais para melhorar o engajamento da comunidade.

1 Instituto Federal de Educação. E-mail: camilabrazfisio@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção com estratégias de adesão às ações de serviços de saúde de uma Clínica da Família. A proposta de intervenção foi elaborada a partir do Arco de Maguerez, uma metodologia que, a partir da observação do cotidiano, problematiza a realidade e a transforma em ação prática, promovendo a construção do conhecimento através de experiências significativas. Nesse sentido, a construção seguiu as cinco etapas compostas do Arco: Observação da Realidade; Pontos-Chaves; Teorização; Hipótese de Solução; e Aplicação à Realidade. [4]

A partir da Observação da Realidade, as estagiárias de fisioterapia buscaram problemas que afetavam o cenário no qual estavam inseridas, sendo a falta de adesão às ações de saúde a situação que mais chamou a atenção. Os Pontos-Chaves, que são as possíveis causas do problema, trabalhados pelo grupo, foram: a pouca divulgação das ações propostas aos usuários, a baixa atividade nas redes sociais e a falta de uma comunicação estratégica entre profissionais e usuários. Na Teorização, foram aprofundados pontos como a importância de uma comunicação em saúde que leve em consideração um olhar biopsicossocial, a atenção continuada, a integralidade do cuidado, a acessibilidade nos cuidados, o protagonismo do usuário e a criação de vínculos entre profissionais, usuários e território. A Hipótese de Solução escolhida foi a criação de um material instrucional para ser implementado pelos gestores da Clínica da Família. Nesse sentido, o grupo elaborou um e-book educativo para ser aplicado à realidade.

O e-book intitulado “*Sugestões para Potencializar a Adesão na APS*” aborda introdutoriamente a falta de divulgação como barreira na Atenção Primária à Saúde, ratificando a motivação para a criação do e-book, e apresenta como conteúdo principal sete estratégias práticas elaboradas para ampliar a participação dos usuários nas ações da Clínica da Família, sendo elas:

1. A utilização de materiais visuais, como uma ferramenta atrativa para os usuários, localizados em pontos estratégicos com intenção de transmitir informações de forma rápida, simples e detalhada;
2. Uso de abordagem direta, descrevendo um passo a passo para facilitar o vínculo profissional-paciente e potencializar o acolhimento;
3. Criação dos grupos digitais, otimizando o contato unidade-usuário e a disseminação das atividades que serão realizadas;
4. Movimentação das redes sociais da unidade, visando um maior engajamento nas ações de cuidado em saúde ofertadas;
5. Elaboração do calendário das ações, como um lembrete digital das atividades que serão executadas no mês para que os usuários mantenham-se atentos às datas e horários;
6. Articulação de parcerias locais, pensando na ampliação do alcance, contato direto com a comunidade e no fortalecimento da relação como rede de apoio contínua;

Capacitação da equipe, focando principalmente na melhora da comunicação com a comunidade e consequentemente no engajamento nas ações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A utilização de materiais didáticos eletrônicos, como o e-book, tem se mostrado uma ferramenta estratégica para a disseminação do conhecimento, especialmente quando voltada para as particularidades dos contextos organizacionais, como observado no cenário da Clínica da Família em foco. [5] O grande desafio encontrado na clínica foi a defasagem na comunicação entre a unidade de saúde e usuários, o que dificultava a adesão dos usuários.

A criação de um material educativo, nesse contexto, foi pensada para capacitar os profissionais, oferecendo-lhes um guia prático para melhorar a comunicação com os usuários e otimizar a divulgação dos serviços de saúde. Dessa forma, o e-book se apresenta como uma ferramenta que visa fortalecer a promoção da saúde, facilitar o acesso aos serviços e incentivar o autocuidado e a prevenção de doenças, impactando positivamente na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Secretaria de Comunicação Social. Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia>
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: DOU; 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
- [3] Silva SS, Paula DG, Ribeiro MM, Brasil YZ. Comunicação em saúde para uma população adscrita de uma clínica da família no RJ. RSD. 2021;10(4): e45810414279.
- [4] Silva LAR, Junior OP, Costa PR, Renovato RD, Sales CM. O Arco de Maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. Rev. Interfaces Científicas-Educ. 2020;8(3):41-54.
- [5] Machado AI, Hoffmann FP, Wildauer EW. Uso do e-book como meio de compartilhamento formal e disseminação do conhecimento explícito em organizações. Rev. Tecnol. Soc. 2012;8(14):115-135.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SAÚDE DA MULHER NA APS DO ESTADO DA PARAÍBA: A CONTRIBUIÇÃO DOS APOIADORES INSTITUCIONAIS NA COLETA DE DADOS

Gildlucia Pereira Vieira de Freitas¹

Alana Venceslau Franco

Ana Ruth Barbosa de Sousa

Fernanda Prudêncio da Silva

Gianne de Oliveira Rodrigues

Maria de Fátima Moraes Carvalho

Maria Izabel Ferreira Sarmento

Roseanny Marques de Queiroga

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Dentre as políticas públicas de saúde vigentes no Brasil, a saúde da mulher tornou-se uma das grandes áreas prioritárias. Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada e ordenadora do acesso dos usuários à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, sendo responsável pelo cuidado integral das mulheres em todas as fases da vida. Isso inclui um conjunto de ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, garantindo acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde [1].

A utilização do diagnóstico situacional pode ser vista como uma ferramenta de gestão, pois permite a organização do trabalho a partir do levantamento de problemas e necessidades, possibilitando o planejamento estratégico situacional [2]. Como o apoio institucional tem a função de impulsionar processos de mudança na gestão e nas práticas de saúde, seu foco de atuação é, sobretudo, o processo de trabalho dos coletivos organizados para produzir ações de saúde [3].

Neste contexto, foi elaborado um formulário digital (Forms) para coletar dados sobre a saúde da mulher na Paraíba. A aplicação deste instrumento foi conduzida pelos apoiadores institucionais da APS nas 16 regiões de saúde do estado, permitindo um levantamento abrangente das condições de saúde e desafios enfrentados no atendimento à saúde feminina.

OBJETIVO

Apresentar a experiência no processo de elaboração e aplicação do formulário digital, destacando a contribuição dos apoiadores institucionais na coleta de dados para o diagnóstico situacional da saúde da mulher na APS da Paraíba.

1

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. E-mail: gildlucivieira@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, vivenciada pelos apoiadores institucionais do eixo da APS, do Projeto REAP/QUALI, tal projeto visa fortalecer a regionalização das ações e serviços no estado, por meio de uma rede de apoio institucional voltada, sobretudo, à realização de processos de EPS. Esse eixo é constituído por 03 coordenações macrorregionais e 21 apoiadores institucionais distribuídos nas 16 regiões de saúde do estado da Paraíba e tem o intuito de apoiar os municípios nos processos de trabalho inerente a APS, apoiando, orientando e qualificando.

A elaboração deste instrumento, via Google Forms®, foi realizada pela equipe técnica da Gerência Operacional de Atenção Básica (GOAB/SES-PB) e pela coordenação do AI da APS, com colaboração da Gerência Operacional de Atenção Materno Infantil (GOAMI SES-PB), e aplicação executada pelos apoiadores institucionais da APS. O Google Forms® foi nomeado como “Diagnóstico Situacional da Saúde da Mulher na APS do estado da Paraíba”, e teve como público-alvo os coordenadores de APS dos 223 municípios da Paraíba.

A aplicação do instrumento se deu através dos apoiadores institucionais da APS entres os meses de abril à junho do ano de 2024, de forma presencial na maioria dos municípios. Os apoiadores realizaram orientação prévia sobre o instrumento, a partir das visitas presenciais e das reuniões das Comissões Intergestores Regional (CIR), onde discutiram sobre a aplicação e a finalidade do instrumento aplicado. O instrumento foi respondido pelos coordenadores das APS municipal com auxílio dos apoiadores, que já aproveitavam a oportunidade para promover reflexões, esclarecer dúvidas e até mesmo resolver questões provenientes das temáticas discutidas no instrumento de aplicação, sendo uma forma inicial de criação de vínculo com os municípios, já que esse período de aplicação era início da atuação do apoio institucional no território.

O instrumento aplicado continha 113 questões, com caráter quantitativo e qualitativo, contando com opções de múltipla escolha, sendo distribuídas por bloco a partir das temáticas: planejamento sexual e reprodutiva (14), pré-natal (33), rastreamento de câncer de mama/mamografia (21) e rastreamento de câncer de colo de útero/citológico (33).

A partir da aplicação desse instrumento por meio de visitas técnicas cumpridas pelos apoiadores institucionais, os municípios passaram a reconhecer o verdadeiro papel do Apoio Institucional (AI) na APS e sua importância como elo de comunicação das informações entre estado e os municípios. Essa aproximação favoreceu não apenas o alinhamento de processos de saúde, mas também o fortalecimento do trabalho conjunto, ampliando a capacidade de resposta às demandas locais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A elaboração e aplicação do Forms demonstraram ser ferramentas eficazes para o diagnóstico situacional da saúde da mulher na Paraíba. A participação ativa dos apoiadores institucionais foi

essencial para a ampliação da abrangência da coleta de dados, fornecendo informações valiosas para o aprimoramento de estratégias direcionadas às necessidades do território voltadas à saúde das mulheres.

Além disso, o fortalecimento do Apoio Institucional na APS mostrou-se um aspecto fundamental para a qualificação dos processos de trabalho e para a aproximação dos gestores municipais com as diretrizes estaduais, promovendo um fluxo de comunicação mais eficiente. A experiência evidenciou que a aplicação de instrumentos estruturados, aliada a um suporte contínuo dos apoiadores, pode resultar em avanços significativos na organização e execução das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.
- (2) Magnago C et al. Arcabouço teórico-metodológico, funções e efeitos do apoio institucional à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Revisão crítica de literatura. Saúde soc. 2024;33(2). Doi: 10.1590/S0104-12902024230442pt.
- (3) Queiroz RS, Valente GSC. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. Revista Enfermagem Atual In Derme. 2018;88-26.

DO PROTOCOLO À PRÁTICA CLÍNICA: ESTUDO QUALITATIVO SOBRE OS SIGNIFICADOS DA EXPRESSÃO “PACIENTE ESPECIAL” PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

Vitor Rafael Gomes¹

Michelli Carolliny de Oliveira

Norma Sueli Gonçalves Reche

Lucas Marques Angelim

Carolina do Santos Furian

Roberto Martins de Oliveira

Caio Vieira de Barros Arato

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas com deficiência, seja ela temporária ou permanente, representam aproximadamente 15% – ou cerca de um bilhão – da população mundial [1]. No Brasil, essa proporção é de aproximadamente 24% da população, o que corresponde a 45,6 milhões de brasileiros [2].

No Brasil, pessoas com deficiência devem ser atendidas na Atenção Primária à Saúde e, em casos de maior complexidade, encaminhadas para Centros de Especialidades Odontológicas [3]. A saúde bucal dessas pessoas é frequentemente inadequada, impactando sua saúde geral [4]. Além disso, fatores como a dificuldade de adesão à rotina de higiene oral, uso de medicamentos com efeitos colaterais, barreiras comportamentais e limitações motoras contribuem para um quadro de maior vulnerabilidade odontológica. A falta de capacitação profissional e de infraestrutura adequada pode agravar ainda mais a dificuldade no atendimento. O atendimento a pacientes com necessidades especiais exige do profissional de saúde não apenas competência técnica, mas também habilidades subjetivas, como paciência, empatia e preparo emocional. A relação entre dentista e paciente é um fator determinante para o sucesso do atendimento, sendo essencial desenvolver estratégias de acolhimento e adaptação às necessidades individuais de cada paciente. Assim, compreender a percepção dos dentistas sobre esses pacientes pode contribuir para a melhoria dos serviços prestados e para uma maior capacitação profissional.

OBJETIVO

Explorar a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento a pacientes com necessidades especiais na atenção primária à saúde, analisando os desafios enfrentados e as emoções envolvidas nesse processo, bem como os fatores que influenciam a tomada de decisão sobre a continuidade do atendimento ou encaminhamento para centros especializados.

1

Universidade Estadual de Campinas. E-mail: viitor.gomes76@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo baseado na fenomenologia, detalhado pelo Método Clínico-Qualitativo [5]. Foram realizadas entrevistas em profundidade com dentistas da Estratégia de Saúde da Família em um município do sudeste brasileiro. As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado com perguntas abertas, permitindo aos participantes relatarem suas percepções e experiências no atendimento a esses pacientes. As falas foram transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa. O critério de saturação teórica foi utilizado para definir o encerramento da coleta de dados. Além disso, foram registradas informações sobre o contexto do atendimento, incluindo as principais dificuldades enfrentadas, os tipos de suporte institucional disponíveis e a percepção dos profissionais sobre sua própria preparação para lidar com esses pacientes.

RESULTADOS

A análise das entrevistas revelou duas categorias principais: (1) o distanciamento entre o conceito protocolar de “Paciente com Necessidades Especiais” e a prática clínica, evidenciado pela dificuldade dos profissionais em definir quem se enquadra nesse grupo, e (2) os suportes profissionais e as exigências enfrentadas no atendimento, destacando a necessidade de apoio institucional e emocional. Muitos dentistas relataram que, na prática, o conceito de paciente especial é subjetivo e pode englobar desde pessoas com deficiências físicas e mentais até pacientes com dificuldades de manejo comportamental, como crianças com medo de atendimento odontológico. Os dentistas relataram sentimentos diversos, incluindo insegurança, sobrecarga emocional e frustração ao lidar com pacientes que exigem manejo diferenciado, especialmente quando não há infraestrutura adequada ou apoio de outros profissionais. Por outro lado, alguns profissionais destacaram experiências gratificantes ao conseguirem atender esses pacientes de maneira eficaz, fortalecendo o vínculo entre profissional e paciente. O estudo revelou ainda que a presença de um suporte institucional adequado, como treinamentos e acesso a especialistas, pode reduzir a insegurança dos dentistas e aumentar a efetividade do atendimento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A percepção dos dentistas sobre o atendimento a pacientes com necessidades especiais é influenciada por desafios técnicos e emocionais, que muitas vezes resultam em encaminhamentos desnecessários. O fortalecimento do suporte institucional, por meio de treinamentos e estrutura adequada, aliado ao desenvolvimento de habilidades subjetivas, pode otimizar a assistência e promover um atendimento mais humanizado e resolutivo. Compreender e abordar as emoções dos profissionais também pode contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento odontológico prestado a essa população. Além disso, recomenda-se a implementação de programas de capacitação contínua e criação de protocolos mais claros sobre o manejo desses pacientes na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, é possível garantir um atendimento mais inclusivo, eficiente e alinhado com os princípios da humanização na saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Conceição AB dos S, Santos IT dos, Silva AM, et al. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no ensino de graduação: percepção de discentes e docentes em uma instituição do Piauí e um panorama brasileiro. Rev ABENO. 2021;21:e21015.
- [2] Sabbagh-Haddad A, López TE, Passos VAB. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2016;70(2):132-40.
- [3] Macêdo GL, Lucena EES, Lopes IKR, et al. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. Rev Ciênc Plur. 2018;4(1):67-80.
- [4] Moretto MJ, Aguiar SMHCA, Alves Rezende MCR. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. Arch Health Invest. 2014;3(2):58-64.
- [5] Turato ER. Treatise on clinical-qualitative research methodology: theoretical-epistemological construction, comparative discussion and application in the health and humanities areas. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2018.

EDUCAÇÃO EM HEMOTERAPIA EM ESCOLAS COMO OPORTUNIDADE PARA SENSIBILIZAR FUTUROS DOADORES DE SANGUE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Letícia Barranco Silva Dias¹

Filipe Braz Barbosa Maidecchi Mazzaro

Maria Gabriela Maggessy Machado Catão

Ana Carolina Godoy de Oliveira

Julia de Oliveira Lima Silva

Nathan Pedro dos Santos

Mariana Guimarães Felizardo

Flavia Miranda Gomes de Constantino Bandeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) a quantidade de bolsas de sangue coletadas no Brasil caiu 2,5% nos últimos quatro anos, apesar das transfusões de sangue terem aumentado 4,8% no mesmo período [1]. Dessa forma, é possível observar que a demanda transfusional não tem acompanhado a taxa de doação, trazendo riscos futuros de abastecimento insuficiente. Uma possível explicação para isso seria o aumento populacional, com respectivo aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas como câncer, por exemplo [2]. Esta premissa supõe a necessidade de intervenções educativas para o uso racional do sangue pelos profissionais de saúde, bem como para os futuros doadores. Diante disso, diversos autores mostram o evidente desconhecimento dos escolares em torno dessa temática e que a desinformação é um desafio a ser enfrentado para que o país possa renovar o pool de doadores no futuro [3]. Portanto, a fim de fomentar a importância e desmistificar dúvidas e preconceitos relacionados ao assunto, o Projeto de Extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) “Educação Permanente Para Uma

Transfusão Segura: Aprendendo a Cuidar Melhor do Doador ao Receptor”, (@hemoterapia.uerj) realizou atividades no ambiente escolar como oportunidade para sensibilizar esse público.

OBJETIVO

Constatar a relevância das atividades de educação em hemoterapia nas escolas como ferramenta para sensibilização de futuros doadores, constatar o impacto da atividade sobre os estudantes por meio da avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos alunos acerca da doação de sangue, critérios para doação, processamento do sangue desde o doador, até o receptor.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo de uma ação educativa sobre doação e transfusão de sangue realizado em um Colégio de Aplicação do estado do Rio de Janeiro, por um projeto de extensão de uma universidade pública do estado. As atividades, conduzidas por alunos e uma profissional de enfermagem, membros do projeto, ocorreram dentro de sala de aula e no pátio do Colégio, abordando a temática de hemoterapia, doação e transfusão de sangue. Foram realizadas dinâmicas sobre “mitos ou verdades” sobre doação de sangue, além de rodas de conversa seguidas de debate a partir de perguntas trazidas pelos membros do projeto para os estudantes, as quais serviram de base para esclarecer eventuais dúvidas que surgiram. A ação ocorreu após autorização da instituição envolvida. As atividades realizadas abrangeram um público com faixa etária entre 10 a 18 anos, totalizando 153 alunos. A dinâmica “Mitos ou Verdades sobre a doação de sangue” envolveu estudantes do quinto ano do ensino fundamental (25 alunos), com tópicos sobre critérios básicos para doação de sangue, versou a partir de dúvidas comuns como “necessidade ou não de jejum antes de doar sangue”, entre outras. Esta dinâmica abriu espaço para sanar dúvidas trazidas pelos alunos. Foram realizadas rodas de conversa com duas turmas do sexto ano do ensino fundamental (60 alunos), duas turmas do segundo ano do ensino médio (48 alunos) e uma turma do terceiro ano do ensino médio (20 alunos). Cada turma apresentou dúvidas e particularidades, ampliando o debate sobre critérios como: impedimentos para doação; frequência anual de doações pelo homem e pela mulher; doação por menores de idade; o ciclo do sangue do doador ao receptor; quem pode doar para quem e dúvidas sobre tatuagens e piercings. Grande parte dos alunos não apresentava conhecimentos sólidos e embasados sobre o processo de doação de sangue e muitos mencionaram barreiras à doação por receio da dor, questões religiosas e de hábitos de vida. Tais entraves foram debatidos no momento das rodas de conversa, objetivando eliminar quaisquer impedimento que os potenciais doadores e seus familiares poderiam apresentar para doação de sangue. Ao final das atividades, foi possível perceber a mudança na concepção dos alunos, que anteriormente visualizavam a doação como um ato distante e após as atividades sentiram-se mais confortáveis para participar ativamente do processo de doação e captação de outros doadores.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, as atividades de educação em hemoterapia nas escolas possuem relevância para saúde pública por tratar de assunto pouco debatido na sociedade e para o esclarecimento dos alunos. Tendo em vista o cenário de estoques dos bancos de sangue cada vez mais críticos, há maior necessidade de captação de doadores. Por isso, informar os jovens sobre a triagem, critérios de doação e processamento do sangue, do doador ao receptor promove saúde e previne agravos, uma vez que uma doação pode salvar até quatro vidas. Além disso, esses alunos têm potencial de se tornarem agentes de mudança, compartilhando informações baseadas em conhecimento científico que esclarecem dúvidas e superam barreiras relacionadas à doação. Por fim, ações educativas podem ser extremamente eficazes para captação e informação, pois torna possível a doação de menores de idade entre 16 e 17 anos, com

autorização dos responsáveis, significando um ato de solidariedade que contribui para a saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Brasil consegue ampliar transfusões de sangue, mas coleta diminui. Brasília, DF: MS; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/brasil-consegue-ampliar-transfusoes-de-sangue-mas-coleta-diminui>.
- (2) Martins V, Malik A, Daher Paulo R, Júnior Álvaro, Fagundes AF. Doação De Sangue No Brasil: uma abordagem histórica. *e-Locução*. 2021;1(20):25. Disponível em: <https://periodicos.faex.edu.br/index.php/e-Locucacao/article/view/402>
- (3) Nogueira GD, Rodrigues AA, Ribeiro CS, Daniel Ferreira de Oliveira, Elias Marcelino da Rocha, Ferreira EGG. Conhecimento de adolescentes sobre a doação de sangue. *SaudColetiv*. 2024;14(91):13532-40. Disponível em: <https://revistasau decoletiva.com.br/index.php/sau decoletiva/article/view/3173>

EDUCAÇÃO LIBERTADORA E SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO ANATÔMICA NA INFÂNCIA

Rafaela da Silva Candido¹

Mariana Antonia Souza Da Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A compreensão do próprio corpo é essencial para a promoção da saúde e o desenvolvimento de hábitos saudáveis desde a infância. No entanto, o ensino tradicional de Ciências frequentemente limita a participação ativa dos estudantes, favorecendo uma abordagem passiva, conforme apontam Icillini e Santos [1] e Paulo Freire[2] em sua crítica à educação bancária. O projeto “Aprendendo Brincando”, desenvolvido por acadêmicos de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), propõe um ensino libertador e interativo, aproximando crianças do conhecimento anatômico por meio de atividades lúdicas. O estudo do corpo humano, além de despertar a curiosidade científica, estimula a autonomia ao incentivar reflexões sobre a importância da alimentação adequada, do movimento e do autocuidado. Segundo Pelicioni e Torres[3], a educação em saúde deve promover conhecimentos e habilidades para a prevenção de riscos e a construção de estilos de vida saudáveis. Assim, ao tornar o aprendizado dinâmico e acessível, o projeto visa não apenas ampliar a compreensão anatômica, mas também fortalecer a consciência corporal e a adoção de práticas saudáveis na infância.

OBJETIVO

Promover o aprendizado interativo da anatomia humana para crianças por meio de atividades lúdicas, incentivando a compreensão do próprio corpo e a adoção de hábitos saudáveis desde a infância. O projeto busca estimular a curiosidade científica, fortalecer a autonomia e desenvolver noções de autocuidado, utilizando métodos que rompem com a abordagem tradicional do ensino, tornando o aprendizado mais dinâmico, acessível e significativo para os estudantes.

METODOLOGIA

O projeto “Aprendendo Brincando” foi implementado em escolas públicas de Dourados, envolvendo crianças do 1º, 2º e 3º anos do ensino fundamental. A iniciativa teve como objetivo tornar o ensino de anatomia mais acessível e interativo, utilizando abordagens lúdicas para estimular a participação ativa dos estudantes.

A metodologia incluiu a apresentação de slides com histórias em quadrinhos, facilitando a introdução de conceitos anatômicos de forma didática e envolvente. O uso de narrativas visuais possibilitou maior identificação das crianças com os conteúdos, promovendo um aprendizado contextualizado. Além disso, atividades práticas, como a montagem de um esqueleto humano com

1

Universidade Federal da Grande Dourados. E-mail: rafalacandido99@gmail.com

peças destacáveis, permitiram que os alunos compreendessem a estrutura do corpo e suas funções de maneira concreta.

Para reforçar a assimilação do conhecimento, foram realizadas dinâmicas interativas, como brincadeiras que envolviam movimentos corporais. Danças foram utilizadas para demonstrar a função das articulações, proporcionando uma experiência sensorial e motora alinhada à teoria apresentada. Essas atividades permitiram que os alunos explorassem seu próprio corpo, percebendo o funcionamento das articulações e músculos de forma intuitiva.

O projeto também abordou a importância do autocuidado, destacando hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e prática de atividades físicas, essenciais para o desenvolvimento infantil. A estratégia de ensino adotada baseou-se nos princípios da educação libertadora de Paulo Freire, incentivando a participação ativa dos alunos na construção do conhecimento. Diferente do modelo tradicional, no qual a aprendizagem ocorre de forma passiva, a proposta buscou tornar o aluno protagonista do próprio aprendizado, despertando sua curiosidade e incentivando questionamentos.

A receptividade das crianças foi positiva, demonstrando interesse e engajamento nas atividades. Além disso, a abordagem lúdica contribuiu para a fixação dos conteúdos e favoreceu um ambiente de aprendizado mais dinâmico e prazeroso. Dessa forma, o projeto “Aprendendo Brincando” reforçou a importância do ensino de anatomia desde a infância, não apenas para o desenvolvimento cognitivo, mas também para a promoção da saúde e do autocuidado ao longo da vida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto “Aprendendo Brincando” demonstrou que o ensino lúdico da anatomia favorece a compreensão do próprio corpo, estimulando hábitos saudáveis e o autocuidado desde a infância. As atividades interativas tornaram o aprendizado mais acessível e envolvente, promovendo a curiosidade científica e o protagonismo infantil no processo educativo. Ao romper com o modelo tradicional de ensino, a iniciativa reforçou a importância de metodologias dinâmicas para fortalecer o conhecimento e a autonomia dos alunos, contribuindo para a promoção da saúde e da educação de forma integrada.

REFERÊNCIAS

- [1] Cicillini GA, Santos KA dos S. Concepções de professores sobre o ensino de ciências nas séries iniciais do ensino fundamental. *Ensino em Revista* [Internet]. 2002 [citado em 2025 Mar 7];11(1):1-15. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/7900>
- [2] Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- [3] Pelicioni MCF, Torres TL. Educação em saúde: abordagens e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2008;12(24):181-92. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2008.v12n24/181-192/pt>

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ORIENTADORA DE PRODUÇÃO DO CUIDADO PARA UM SUS MAIS FORTE

Tatiane Melo Ramos Lima¹

Libia Lopes Martiniano

Iasmin Belem Silva Queiroz

Luiza Maria Dias Firmeza

Ângelo Luis Leite Nobrega

Jaziane Siqueira Nunes Machado

Roberta Bento Lins Paiva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Educação Permanente em saúde (EPS) é o processo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar estão associados ao cotidiano. É uma prática significativa às necessidades do serviço, pois se propõe a transformar a atuação dos trabalhadores da saúde. É um processo que considera os saberes prévios dos profissionais, articulados aos problemas vivenciados no dia a dia, para a construção de conhecimentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Para Cecim^[1], a EPS é um processo educativo em saúde, caracterizado pela atualização das práticas do cotidiano do trabalho ou da formação; é, também, um processo permeado pelas relações profissionais que circulam a realidade do ambiente de trabalho, permite a construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação. Essas relações ocorrem dentro das equipes e estendem-se às articulações interinstitucionais e intersetoriais. Desse modo, EPS deveria fazer parte de todos os Serviços de Saúde. A produção de conhecimento sobre a EPS tem sido fundamental para a reorganização dos processos de trabalho e planejamento em saúde. No Ceara, a Escola de Saúde Pública ajudou a implantar os Núcleo Municipais de Educação Permanente em Saúde (NUMEPS) em todas as regiões de Saúde, que vem atuando com vistas a promover uma reorientação das práticas de cuidado para um SUS mais forte no município.

OBJETIVO

Demonstrar como a Educação Permanente em Saúde como orientadora de produção do cuidado para um SUS mais forte.

METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência de como a prática de cuidado na Atenção Básica em Itaitinga-Ce e como esta vem se modificando pelas práticas de EPS. Antes da criação do NUMEPS não existia Plano de EPS. Os profissionais tinham carências de espaços criativos com discussões que possibilitasse a análise do seu fazer e refletissem acerca do do trabalho em saúde. As intervenções

realizadas são estruturadas e organizadas para suprir demandas levantadas no território a partir de consulta aos profissionais e Rodas de Gestão. O Plano de Ação foi dividido baseado no Quadrilátero da Formação proposta por CECIM: Atenção, Ensino, Gestão e Controle Social; este é revisado anualmente e ajustado conforme solicitação dos gestores e levantamento das expectativas. Os recursos utilizados dependem do objetivo, mas incluem metodologias ativas, dinâmicas de reflexão interprofissional, dramatização, aulas com exposição teórica, práticas guiadas, roda de conversa, mentoria online, orientação sobre escrita de resumos e artigos científicos, discussão baseada em problemas, construção de protocolos e matriciamento. As intervenções são avaliadas mediante avaliação de Reação para monitoramento das ações.

RESULTADOS

As principais mudanças observadas na Atenção foram: 100% das unidades de saúde (UBS) do município contam com a atuação efetiva dos facilitadores de EPS; relatos de mudanças nas estratégias de acolhimento nas UBS após capacitação de recepcionistas focando na comunicação não violenta e estratégias de como lidar com estresse; Criação de espaços para a reflexão do trabalho nas UBS; Maior participação e responsabilização dos trabalhadores na rotina; Melhor integração entre coordenação e UBS através do apoio e supervisão da equipe EPS, Capacitação dos profissionais e implantação do Projeto Controle do Tabagismo na AB, revisão e criação de Protocolos da AB. Com relação ao Controle Social: conselheiros de saúde foram qualificados para o desenvolvimento do pleno exercício do controle social do SUS. Os resultados obtidos nas avaliações (pré e pós-teste) demonstraram uma evolução significativa no conhecimento dos participantes sobre controle social e a legislação do SUS. A nota média aumentou de 4,5 para 8,8, o que indica uma melhoria considerável na compreensão dos temas abordados. No ensino: maior aproximação da gestão e profissionais com as instituições que tem alunos em estágios no município; promovendo integração ensino-serviço. Com relação o Apoio a Gestão, houve retomada das reuniões de equipe e gestores, facilitação da Construção Compartilhada do novo Organograma da Secretaria de Saúde que está em fase de aprovação, participação em reuniões estratégicas da Rede como apoio ao Secretário; auxiliando na nova Territorialização do município. Por fim, estabeleceu-se ainda um Acordo de Cooperação Técnica com a Câmara Municipal para apoiar a implantação e o plano de Ação da Escola Legislativa do Município, construindo um SUS mais forte e atuante no município.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O NUMEPS prosseguirá com as ações iniciadas em 2022, orientadas pelas necessidades do território. Não é fácil realizar uma Política que propõe repensar o processo formativo segundo as diretrizes do SUS em detrimento da adoção de modelos de educação convencionais historicamente instituídos. Seguimos mantendo a esperança de que é possível vencer o cansaço, a rotina assistencial intensa e a desmotivação que afeta os trabalhadores, motivados pela vontade de fortalecer o SUS, resistir as tentativas de desmonte da saúde e sonhar com a possibilidade de tornar os usuários mais participantes. É uma aposta de que no cotidiano do trabalho se construam de maneira compartilhada

projetos de produção de vida, inclusive como compreensão do cuidado. Visto que a própria natureza complexa do campo da saúde impõe grandes desafios no cotidiano das práticas em saúde na AB, a EPS configura-se como alternativa de constituir ‘lugares de encontro’ impulsionadores potenciais de mudanças nas práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2004; 14(1): 41- 65.

EFFECTIVIDAD DE UN MODELO DE ATENCIÓN DIFERENCIADA PARA TUBERCULOSIS EN CONTEXTOS DE EXTREMA VULNERABILIDAD: EXPERIENCIA DE CASA MASANTONIO (2019-2023)

Santiago Jiménez¹

Analía Rearte

Hugo Fernández

Ramiro Rearte

Belén Spirito

Micaela Blanco

María E. Canton

Silvina Daquila

Luna Ferro

Juan C. Bossio

Marcelo Vila

Carla Vizzotti

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) Representa una grave amenaza global que afecta de manera desproporcionada a los más pobres y vulnerables, y supone un enorme costo humano y social para lo que es, esencialmente, una enfermedad curable¹. A nivel global en el 2023, el 80% de los casos y muertes por TB ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, reflejando una desigualdad en el acceso al diagnóstico y tratamiento.²

En Argentina, en 2023, la tasa nacional de notificación de casos fue de 29,8 por cada 100 mil habitantes, con un incremento en los últimos años, con una tasa de éxito en el tratamiento insuficiente, con grandes desigualdades entre grupos sociales²⁻³. En este contexto, Casa Masantonio (CM)^{4,5} es un dispositivo comunitario de atención diferenciada ubicado en una de las comunas más afectadas de CABA, que articula con el sistema de salud para abordar la TB en personas en situación de calle, con consumo problemático de sustancias y sin acceso sostenido al sistema formal de salud. Este modelo integral, territorial y centrado en la persona, incorpora el acompañamiento de pares, medicación asistida en calle, y soporte social continuo como pilares fundamentales para sostener el tratamiento en contextos de extrema vulnerabilidad.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad del modelo de atención de Casa Masantonio en el éxito del tratamiento de TB en poblaciones vulnerables del AMBA entre 2019 y 2023, y describir las características de esta población.

1 Casa Masantonio. E-mail: analiarearte@gmail.com

METODOLOGÍA

Estudio de cohorte retrospectivo utilizando datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0). Se incluyeron adultos con diagnóstico de TB entre 2019 y 2023, residentes del AMBA, con resultado de tratamiento registrado. Se definió como “expuestos” a quienes recibieron atención en CM. Se excluyeron casos trasladados o sin información de evolución. Se compararon características sociodemográficas, clínicas y modalidades de tratamiento entre pacientes atendidos en CM y en otros centros. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson para estimar razones de riesgo (RR) ajustadas de éxito terapéutico y mortalidad.

RESULTADOS

Entre 2019 y 2023, se notificaron un total de 35.257 casos de tuberculosis -residentes y notificados en AMBA- al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0). Para este estudio, se incluyeron 18.110 casos notificados, de los cuales 145 correspondieron a pacientes evaluados bajo la estrategia Masantonio (PCM). Esta población presentó altos niveles de exclusión social: 55% en situación de calle, 77% con consumo problemático, y bajo nivel educativo. A pesar de este perfil, la tasa de éxito en CM fue de 93,8%, superior al 70,2% observado en el resto del sistema (RRa: 1,48; IC95% 1,24–1,74). La pérdida de seguimiento fue del 2,1% en CM vs. 19,9% en la población general. La mortalidad fue menor en CM (4,1% vs. 9,7%), con un riesgo relativo ajustado de 0,40 (IC95% 0,16–0,81). La tasa de fallecimiento fue significativamente mayor en pacientes no tratados en CM (9,7%) en comparación con aquellos tratados en CM (4,1%). El riesgo de fallecer en pacientes atendidos en CM fue un 60% menor que aquellos de la población general del SNVS. El 85,5% de los pacientes en CM recibió tratamiento acompañado, mientras que el 88,7% de los no expuestos lo hizo de forma autoadministrada.

CONSIDERACIONES

El modelo implementado en Casa Masantonio demuestra que es posible alcanzar tasas de éxito superiores a las metas globales de la OMS, incluso en poblaciones altamente vulnerables. La atención centrada en la persona, con fuerte componente comunitario y territorial, logró revertir barreras estructurales que habitualmente impiden completar el tratamiento. Estos resultados refuerzan la necesidad de reorientar los modelos de atención en TB, integrando estrategias de acompañamiento, soporte social y trabajo intersectorial, especialmente en contextos de exclusión. La experiencia de CM representa una práctica replicable y costo-efectiva para mejorar los resultados en salud en otras jurisdicciones del país.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la Estrategia Fin de la TB: aspectos esenciales. 2015. Disponible en: ultimo ingreso: septiembre 2024 [end-tb-essential-spanish-web.pdf \(who.int\)](#)
- (2) Ministerio de Salud de la Nación, Coordinación de tuberculosis y lepra. Boletín N° 7, "Tuberculosis y lepra en Argentina"–Año VII–Marzo 2024, Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_tuberculosis_2024_1642024.pdfultimo ingreso: septiembre 2024
- (3) Carlos BJ, Javier AS, Roberto FH. Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. Salud Colectiva. 2012;8(1):S77-S91.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Casa Masantonio, espacio de contención y tratamiento para la tuberculosis. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/casa-masantonio-espacio-contencion-tratamiento-tuberculosis-argentina>. Ultimo ingreso: septiembre 2024.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. Casa Masantonio: un espacio de contención y tratamiento de la tuberculosis. Octubre 2018. disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/casa-masantonio-espacio-contencion-tratamiento-tuberculosis-2018>. Ultimo ingreso: septiembre 2024.

EFEITOS E IMPLICAÇÕES DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NOS SERVIÇOS E REDES DE ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO RÁPIDA

Pedro Emanuel do Nascimento Fernandes¹

Ana Gabriela Costa Normando

Keitty Regina Cordeiro de Andrade

Natália Silva Alves

Fabianne de Castro Teixeira

Beatriz Regina Lima de Aguiar

Claudia Gonçalves Siqueira

Fernanda Madeira de Ley Botelho da Cunha

Marta Roberta Santa Coelho

Fábio Henrique Cavalcanti de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os programas de residência em saúde desempenham um papel essencial na qualificação dos profissionais e no fortalecimento da integração ensino-serviço[1]. A presença de residentes nos serviços de saúde pública impacta positivamente na resolutividade dos serviços, promove a melhoria da qualidade assistencial e favorece a adoção de práticas baseadas em evidências[1,2]. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), compreender os efeitos desses programas é essencial para embasar a formulação e execução de políticas públicas eficazes[2].

OBJETIVO

Analisar os efeitos e implicações dos programas de residência em saúde (médica, multiprofissional e uniprofissional) na qualidade e resolutividade dos serviços e redes de atenção do SUS.

METODOLOGIA

Foi realizada uma Revisão de Escopo Rápida [3,4], com buscas nas bases de dados Medline via PubMed, Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos 14 estudos que abordaram a influência das residências em diferentes níveis de atenção à saúde. A seleção e extração dos dados foram conduzidas por três revisores de forma independente, e os achados foram sintetizados de maneira narrativa.

1 E-mail: pedromanuel61@gmail.com

RESULTADOS

Os estudos indicaram que os programas de residência são determinantes para a melhoria da qualidade dos serviços e para a resolutividade no SUS. A presença de residentes na Atenção Primária à Saúde (APS) demonstrou influência positiva quanto a redução de hospitalizações por condições sensíveis à APS. Na atenção especializada, observou-se o aumento do número de altas hospitalares, acompanhada por uma integração mais eficiente entre os profissionais de saúde. Além disso, os programas de residência promoveram a prática reflexiva dos preceptores, fortaleceram a integração ensino-serviço e incentivaram a adoção de boas práticas em saúde. Apesar desses avanços, desafios persistem, como a absorção dos egressos no mercado de trabalho e a necessidade de avaliação sistemática com métodos rígidos dos impactos das residências.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os achados desta revisão reforçam a importância dos programas de residência para a qualificação da força de trabalho e para a melhoria da assistência no SUS. A inserção de residentes influencia diretamente na resolutividade dos serviços e na qualidade do atendimento, ao mesmo tempo que estimula a educação permanente dos profissionais de saúde. No entanto, ainda há lacunas a serem preenchidas quanto à mensuração dos impactos de longo prazo e à sustentação das melhorias observadas. O fortalecimento das políticas de residência e a estruturação de métodos avaliativos são estratégias fundamentais para garantir o sucesso desses programas e seu impacto na saúde pública.

REFERÊNCIAS

- (1) Martins JC, Sá LMA, Kluthcovsky ACGC. O ensino-aprendizagem nas residências em saúde: uma revisão sistemática. *Ciênc Praxis*. 2022;15(29):73-87.
- (2) Flor TBM, Cirilo ET, Lima RRT, Sette-de-Souza PH, Noro LRA. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27:921-936.
- (3) Ministério da Saúde. Serviço de produção de evidências para apoio à tomada de decisão: Portfólio de Produtos. Acesso em março de 2025. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servico_producao_apoio_evidencias_tomada_deci_sao_portifolio_produtos.pdf
- (4) Garritty CM, Gartkeher G, Nussbaumer-Streit B, Kamel C, Affengruber L, Steves A. Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2020 October 14;130(13-22).

ELABORAÇÃO DA NOTA TÉCNICA PARA O CUIDADO EM SAÚDE DOS POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS DE BELO HORIZONTE

Carolina Augusta Pereira Penido¹

Daniela Flávia Fonseca

Henrique Galhano Balieiro

Paula Nair Lucchesi dos Santos

Renata Mascarenhas Bernardes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Coordenação de Equidade e Populações Vulnerabilizadas da Gerência de Atenção Primária à Saúde, da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BH), tem a função de acompanhar, analisar e propor ações de cuidado em saúde destinadas às populações vulnerabilizadas (em situação de rua, indígena, quilombola, cigana, povos de terreiro/matriz africana, migrante/refugiada, privada de liberdade, etc).

Nesse sentido, faz parte do processo de trabalho dessa coordenação a elaboração de documentos orientadores, tais quais as notas técnicas (NTs), que sistematizam o cuidado em saúde dessas populações. A NT é um tipo de documento elaborado por profissionais técnicos especializados para expressar o entendimento sobre um tema, eliminando divergências de interpretação e padronizando a atuação dos profissionais, por meio de orientações e diretrizes específicas.

De acordo com os dados dos sistemas de informação, em BH há seis quilombos reconhecidos pela Fundação Palmares, cerca de 1700 pessoas ciganas, 2.700 pessoas indígenas, além de inúmeros Terreiros.

Dessa forma, a NT “Cuidado em Saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) na Atenção Primária à Saúde do SUS-BH” foi elaborada para qualificar a oferta dos serviços de saúde a estes povos, levando em consideração a sua diversidade étnica e cultural.

OBJETIVO

Descrever o processo de elaboração conjunta da nota técnica, em resposta às demandas surgidas na interface entre diferentes agentes, entre eles pessoas da sociedade civil e coletivos do movimento social. A NT objetiva informar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a presença destas populações no território de BH e orientar quanto às suas especificidades, propiciando um impacto qualitativo no seu cuidado em saúde.

1

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. E-mail: carolina.penido@pbh.gov.br

METODOLOGIA

Conforme explicitado, a elaboração da NT se pautou na necessidade de formar a rede sobre as singularidades dos PCT. Diante da discriminação e exclusão social vivenciadas, inclusive a violência institucional, materializada em barreiras de acesso simbólicas e materiais [1-5], optou-se pela criação de um documento com alto teor teórico, diretrizes objetivas e comandos específicos para efetiva operacionalização da ampliação do acesso e da qualificação do cuidado em saúde desses usuários.

Assim, criou-se estrutura textual com temas e subtemas para contextualização do assunto, exposição do objetivo da NT, embasamento teórico (como definição dos termos: povos e comunidades tradicionais, quilombolas, povos de terreiro/matriz africana, indígenas, ciganos, benzedeiras, curandeiras e rezadeiras; detalhamento do princípio da equidade do SUS), exemplificação e descrição das barreiras de acesso vivenciadas, as diretrizes para o seu cuidado em saúde, incluindo o passo a passo do cadastro dessas populações, assim como um compilado das instâncias e equipamentos de referência da rede intersetorial, documentos de referência e documentos para leitura complementar.

RESULTADOS

Por fim, a NT elaborada por equipe multidisciplinar, composta por assistente social, psicólogo e médica de Família e Comunidade, foi validada internamente, pela gerência e diretoria de referência, na Secretaria Municipal de Saúde. Cabe ressaltar que lideranças de todos os grupos dos PCT tiveram suas publicações citadas ao longo da nota e inseridas como sugestão de leitura complementar, sendo que algumas delas tiveram acesso e aprovaram a versão preliminar da NT.

A partir da publicação da NT no portal da prefeitura de BH (<https://prefeitura.pbh.gov.br/>), será executado cronograma de divulgação junto aos profissionais de saúde da rede.

O lançamento oficial da NT será por meio da ferramenta de educação permanente “Bate Papo com o Especialista: Cuidado em Saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCT)”, previsto para maio de 2025, que contará com a participação de representantes das populações em referência (lideranças comunitárias/do movimento social). O “Bate Papo com o Especialista” faz parte do Programa Movimenta PBH, pelo qual são realizados encontros contínuos e com temas diversos, que são gravados e permanecem disponíveis na plataforma de ensino à distância (EAD) da Prefeitura. Sendo assim, permite-se o acesso por novos profissionais, assim como a revisão em momento oportuno pelos profissionais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Em síntese, a elaboração da nota técnica “Cuidado em Saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) na Atenção Primária à Saúde do SUS-BH” ocorreu mediante necessidade de formação dos profissionais trabalhadores do SUS-BH sobre temas associados à saúde dos PCT, os quais, apesar de serem de suma relevância, são negligenciados e invisibilizados social e historicamente [1- 5].

Dessa forma, a NT foi um meio de sistematizar o conhecimento acerca das relações étnicas e raciais, equidade em saúde, determinação social da saúde, racismo, xenofobia, intolerância religiosa, entre outros, sendo uma ferramenta de ampliação do acesso e de qualificação do cuidado em saúde para esses povos.

Nesse sentido, tendo em conta a multiplicidade de PCT no Brasil [1] (atualmente são 28 reconhecidos oficialmente), consideramos que essa NT pode ser um modelo de documento orientador / ferramenta de educação permanente para as redes de saúde de todo o país, possibilitando a diminuição da inequidade em saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Casa Civil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.
- [2] 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.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Diário Oficial da União; 2018.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO: CARACTERÍSTICAS DE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jaqueline Tavares Viana de Souza¹

Hugo Bellas

Bárbara Bulhões

Alessandro Jatobá

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) é amplamente reconhecido como um componente essencial para a construção de sistemas de saúde equitativos e resilientes, representa o ponto inicial de contato entre a população e o sistema de saúde, promovendo o cuidado contínuo, a coordenação e o apoio à gestão dos serviços¹.

No entanto, persistem desafios significativos relacionados à acessibilidade, especialmente entre populações vulneráveis, devido a barreiras geográficas, socioeconômicas e estruturais. A incorporação de tecnologias digitais na APS, como a telemedicina e os aplicativos móveis de saúde, bem como a implementação e a adaptação de leis e normas voltadas para o fortalecimento da atenção primária, têm sido estratégias adotadas para enfrentar essas barreiras. Tais abordagens podem melhorar substancialmente o acesso aos cuidados primários, sobretudo em contextos de baixa e média renda, ao oferecer soluções viáveis para a prestação de serviços de saúde em áreas remotas e para populações marginalizadas, conforme evidenciado na literatura científica^{2,3}.

No contexto brasileiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem desempenhado um papel fundamental na ampliação do acesso à APS, ao integrar equipes multiprofissionais e agentes comunitários de saúde que atuam diretamente nos territórios. A ESF tem se mostrado eficaz na melhoria dos indicadores de saúde e na redução das desigualdades, sendo considerada um modelo de referência para a organização da atenção primária^{4,5}.

Diante desse cenário, torna-se relevante mapear como o acesso à APS tem sido abordado nos últimos anos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja experiência vem sendo reconhecida como referência internacional. Assim, este protocolo propõe a realização de uma revisão de escopo com o objetivo de identificar e sintetizar as evidências disponíveis sobre o acesso à APS, considerando intervenções digitais, estratégias de equidade e modelos organizacionais como a ESF^{5,6}. A proposta visa ainda identificar lacunas no conhecimento e fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas e para o aprimoramento da gestão do sistema de saúde, com foco na equidade, apoio à tomada de decisão, gestão do conhecimento, resiliência e sustentabilidade das intervenções em saúde.

1 E-mail: jaquelineviana@labfuzzy.coppe.ufrj.br

OBJETIVO

Esta revisão de escopo tem como objetivo mapear sistematicamente as informações disponíveis na literatura científica relacionadas ao acesso na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco nas estratégias adotadas, nas barreiras e facilitadores existentes, e nos impactos sobre a equidade e a organização dos serviços de saúde. Nesse sentido, a proposta está comprometida com a sustentabilidade das intervenções em saúde, favorecendo a continuidade e a efetividade das ações no âmbito da Atenção Primária, especialmente em contextos marcados por desigualdades e vulnerabilidades sociais.

METODOLOGIA

Esta revisão de escopo será conduzida com base na metodologia proposta por Arksey e O'Malley, posteriormente aprimorada por Levac et al., e seguirá as diretrizes da extensão PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Scoping Review)⁷. A pesquisa bibliográfica será realizada em bases de dados nacionais e internacionais, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO e BVS, utilizando estratégias de busca estruturadas com operadores booleanos e termos controlados dos vocabulários MeSH e DeCS. Serão incluídos estudos primários e secundários publicados entre 2010 e 2025, em português, inglês e espanhol, que abordem o acesso à APS em diferentes contextos. A seleção dos estudos será realizada por dois revisores independentes, por meio da triagem dos títulos, resumos e textos completos, utilizando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os dados extraídos serão organizados em uma matriz analítica e sintetizados de forma descritiva, permitindo o mapeamento das evidências, lacunas do conhecimento e tendências emergentes sobre o tema. Por meio de discussão a equipe de pesquisa e profissionais da saúde, a seguinte pergunta central foi definida:

Quais são as estratégias, barreiras, facilitadores e impactos relacionados ao acesso à Atenção Primária à Saúde, conforme descrito na literatura científica nacional e internacional, e de que forma esses elementos contribuem para a equidade em saúde e o fortalecimento dos sistemas de saúde, especialmente no contexto do SUS?

RESULTADOS

O modelo do JBI expande as seis etapas originais de Arksey e O'Malley para nove etapas distintas 1) Definição da pergunta de pesquisa 2) Desenvolvimento dos critérios de inclusão e exclusão 3) Descrição da estratégia de busca 4) Busca das evidências 5) Seleção das evidências 6) Extração das evidências 7) Organização e análise dos dados 8) Síntese e relato das evidências e 9) Consulta com partes interessadas relevantes.

Para realizar a definição dos critérios de inclusão e exclusão, será utilizado o modelo PCC (População, Conceito, Contexto), de acordo com a recomendação da JBI para revisões de escopo. Este modelo é recomendado para pesquisas exploratórias, permitindo o mapeamento abrangente da literatura existente.

Esta revisão não se concentra em uma população clínica específica, como grupos de pacientes ou categorias profissionais isoladas. O foco está em estudos que abordem o acesso à Atenção Primária à

Saúde de forma ampla, incluindo experiências e práticas relatadas por profissionais de saúde, gestores, formuladores de políticas públicas e pesquisadores envolvidos com a organização e oferta da APS. Portanto, a população-alvo é representada pelos atores envolvidos na estruturação, execução e análise de estratégias voltadas ao acesso e fortalecimento da APS, especialmente em contextos de saúde pública.

O conceito central desta revisão de escopo é o acesso à Atenção Primária à Saúde, compreendido como a possibilidade efetiva de indivíduos e comunidades utilizarem os serviços de saúde no momento necessário, com qualidade, continuidade e equidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O protocolo de revisão focou em contextos de sistemas públicos de saúde, com financiamento majoritariamente estatal e nos quais a APS atua como estrutura central da prestação de cuidados. Serão incluídos estudos realizados em ambientes como unidades básicas de saúde, centros de saúde da família, serviços comunitários e redes organizadas de atenção primária, com ênfase especial nas experiências do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Foram considerados tanto estudos nacionais quanto internacionais que possam contribuir para o entendimento do acesso à APS como elemento de fortalecimento dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Primary health care. 2025. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
- (2) World Health Organization. Integrated primary care for UHC. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care?>
- (3) Silva AB, Carneiro ACMG, Sindico SRF. Regras do governo brasileiro sobre serviços de telessaúde: revisão integrativa. *Planej polít públicas*. 2015;(44):167–88.
- (4) OPAS. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/inovando-papel-da-atencao-primaria-nas-redes-atencao-saude-resultados-do-laboratorio>
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária. *Mais Saúde da Família: guia para ampliação e qualificação no seu município*. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-ampliacao-e-qualificacao-no-seu-municipio-mais-saude-na-familia.pdf>
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 3.493, de 10 de abril de 2024. Dispõe sobre o custeio da ampliação do acesso e qualificação da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Programa Mais Saúde da Família. *Diário Oficial da União*: seção 1; 2024.
- (7) Arteaga MC, Workentin M, A K M Alamgir, Courtney F. Kupka. PRISMA Statement and Cochrane Reviews. 2022. Disponível em: <https://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.13610.29121>
- (8) Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. dezembro de 2016;5(1):210.

ELABORAÇÃO DE UM E-BOOK COM DINÂMICAS LÚDICAS PARA GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ana Clara Fecher Senna¹

Esthefanie Parreira Mello Dias

Márcia Dutra da Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O desabastecimento de medicamentos já é considerado um problema de saúde pública e representa um obstáculo importante para a garantia do acesso, consequentemente, do direito à saúde (1). Tal situação compromete diretamente a Política de Assistência Farmacêutica que orienta a integralidade dos serviços e cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS). Quando o assunto são os antibióticos, os desafios são gigantes, pois estamos falando do crescimento dos óbitos atribuídos a resistência antimicrobiana, que passou de 1,06 milhão por ano em 1990 para 1,14 milhão em 2021. E esses valores devem aumentar em todas as regiões do mundo de forma mais acelerada comparado às últimas décadas (2). Essa classe terapêutica também tem sido apontada como uma daquelas que apresentam maior situação de desabastecimento sanitário tanto na rede privada quanto na rede pública (3). A insegurança no tratamento com antibióticos revela a fragilidade que o país enfrenta em garantir o acesso à saúde. Esse e outros agravos nos convocam a romper com a dependência do mercado externo no setor farmacêutico e a necessidade de pensarmos política industrial farmacêutica na direção da soberania nacional. Esse trabalho é parte de um projeto que visa extrair dados e analisar o papel do Estado brasileiro para o setor de insumos e medicamentos a luz da Teoria Marxista da Dependência.

OBJETIVO

Elaborar um e-book contendo dinâmicas lúdicas para serem realizadas nos grupos de educação e saúde da ESF Boa Vista, no Município de Petrópolis/RJ.

METODOLOGIA

Durante o estágio do 7º período, os acadêmicos do Curso de Nutrição em parceria com alunos de Enfermagem e Medicina, da ESF, participam ativamente do grupo COPPA (Controle de Obesidade e Prevenção de Patologias Associadas), que acontece semanalmente às terças-feiras na sede da Associação de Moradores, tendo como público alvo: adultos e idosos do território. Em sua maioria são indivíduos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis, tais como obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O referido grupo tem como objetivo promover qualidade de vida por meio da avaliação do estado nutricional, aferição de pressão arterial e medição da glicemia, além de atividades de educação e saúde através de dinâmicas lúdicas que contribuem para a fixação

dos conteúdos abordados, relacionados tanto às demandas identificadas na comunidade quanto às campanhas do Ministério da Saúde. Diante disso, foi elaborado um material educativo em formato de e-book contendo dinâmicas criadas e adaptadas sendo utilizadas pelos alunos. O material de apoio foi desenvolvido por meio da plataforma online de design Canva, sendo de fácil acesso, entendimento e compartilhamento. As dinâmicas propostas neste e-book foram elaboradas com o intuito de estimular a interação, a participação ativa, a reflexão e o aprendizado coletivo de forma prática e eficaz, embora tenham sido preparadas com uma temática específica, são altamente adaptáveis, permitindo que sejam aplicadas a diferentes contextos e cenários dentro dos grupos e poderão ser utilizadas de maneira flexível, ajustando-as conforme as necessidades locais, os temas de saúde abordados ou as metas a serem alcançadas pelos profissionais de saúde. Além de otimizar o planejamento das atividades educativas. O objetivo é fornecer ferramentas que contribuam para a promoção do bem-estar e o engajamento dos grupos, potencializando as práticas de cuidado, educação em saúde e fortalecimento de vínculos. Este e-book reúne oito dinâmicas com temas variados para a educação em saúde, cada uma explicada de forma clara e objetiva. As atividades incluem o nome, o objetivo, a duração estimada, materiais necessários e o passo a passo da dinâmica contendo a descrição para facilitar a aplicação. Também apresenta uma proposta de fechamento, que promove a reflexão do grupo, além de dicas extras para enriquecer as dinâmicas adaptando-a às características e necessidades específicas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As dinâmicas criadas, adaptadas e realizadas pelos alunos durante o estágio contemplam linguagem simples e lúdica proporcionando diversão. São capazes de facilitar a aprendizagem, acelerar mudanças comportamentais e fixar conteúdos, possibilitando a troca de conhecimentos e interações entre o grupo. Isso fortalece o vínculo entre a população e a ESF e contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades dos acadêmicos, como comunicação, organização, planejamento, proatividade, criatividade e trabalho em equipe. O e-book é uma ferramenta de fácil acesso para os profissionais contribuindo para o desenvolvimento de atividades educativas, facilitando a incorporação de dinâmicas de baixo custo e alta efetividade, replicáveis no dia a dia dos grupos e em diferentes cenários da ESF. Sendo assim, intervenções baseadas nessa estratégia potencializam o aprendizado e a adesão aos hábitos saudáveis e melhoram a retenção do conhecimento, o engajamento da população.

REFERÊNCIAS

- [1] Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):257-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/gJHVSgz4PNT6Djd5zNbdYmV/>.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. *Semana Saúde na Escola: guia de sugestões de atividades*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/semana_saude_escola_guia_sugestao_atividades.pdf.

ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PREDOMINANTE EN CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE AL 2025. ¿AVANZAMOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE SISTEMAS DE SALUD INTEGRALES?

Jose Joel Lagares Gomez¹

Yael Medina

Anaima Feliz Acosta

Suleika Polanco

Alba Feliz

Ezequiel Reyes

Eugenia Lucia Custodio

Rodelmy Belen Lopez

INTRODUCCIÓN

La APS ha sido entendida como una estrategia para mejorar el acceso a servicios de salud y promotora del derecho a la salud (1). Coexisten varios modelos, la centrada en el primer nivel de atención, la que se refiere al sistema de atención, la que pretende organizar el sistema de salud y, recientemente, la orientada a reducir la demanda de atención sin restar las necesidades de servicios para reducir el gasto de atención (2). La lucha por sistemas integrales ha sido intensa (3) y ha supuesto seguir la siguiente lógica: mover un pensamiento y una práctica orientada a reparar la salud hacia modelos sustentados en la APS y, desde la APS promovida por la fundación Rockefeller (APS selectiva), a la versión corregida presentada por la OMS/OPS (APS renovada) o, pasar a la APS integral que incluya la gestión de los modos de vida. El modelo de APS predominante nos indicó el nivel de avance logrado en lo que se refiere a lograr sistemas de salud integrales (4). El punto de partida fue preguntarnos si avanzamos o no en este campo, sobre todo en estos momentos, donde la APS es esgrimida por las aseguradoras privadas como mecanismo de contención de costos mediante la creación de barreras de acceso a los servicios de atención a las personas. Para ello revisamos las propuestas de los gobiernos sobre el tema salud, sobre la base de que están decididos por la correlación de fuerzas entre gobierno y oposición.

OBJETIVO

En medio de las movilizaciones y las tensiones por un sistema integral garante de derechos, de las que ALAMES ha sido un actor de primera fila, es necesario valorar lo que se ha logrado, si avanzamos o no en el logro de nuestros anhelos. Identificar esto ha de servirnos como punto de partida para prontas reflexiones y nuevas líneas de protestas y propuestas por el derecho a la salud. Permitirá decidir si mantenemos las líneas de acción o si es necesario darles otra orientación.

1 Alames Republica Dominican. E-mail: jl100337684@gmail.com

METODOLOGÍA

Los programas de salud resultan útiles para caracterizar el tipo de APS que pretenden y, con ello, inferimos la magnitud del avance logrado. Se revisaron los programas de gobierno u otros documentos oficiales de los países del Caribe y Centroamérica más recientes y disponibles en la Web de la autoridad sanitaria de cada país. Las informaciones de cada país se registraron en una ficha previamente estructurada que permitió registrar las variables de interés: nivel o ámbito en que desarrolla la APS, población a que se dirige, servicios que oferta, población a que se dirige, organización de los servicios, propósito y proveedores que participan. Se clasificaron los países por el tipo de APS que desarrollan y se estableció el modelo predominante en la región. El avance de la región en el tema se clasificó a partir de los siguientes criterios: no avance, si la APS no se desarrolla; poco, si es la APS selectiva; bastante, si es la APS renovada; de mucho avance, si es la APS integral; de retroceso, si es de negocios. El análisis incluyó valorar las diferencias según tipo de gobierno.

RESULTADOS

Se revisaron los programas de salud y otros documentos de 24 países. No todos incluyen el término APS en sus contenidos, pero si desarrollan intervenciones que se corresponden con la APS. Diez países (41.7 %) implementan una APS sobre la base de paquetes de servicios, tanto para toda la población (4 casos; 16.7 %) como para segmentos de la misma sobre todo para los que no tienen acceso al mercado de la salud (6 casos; 25 %). En cambio, en ocho países la APS se desarrolla a través de una oferta amplia, cercana a responder a las necesidades de la población, cinco (20.8 %) de ellos limitada al primer nivel y tres (12.5 %) la articulan con otros niveles de atención. En cinco países (20.8 %), la APS se desarrolla secuestrada por la provisión de un paquete de servicios dentro de modelo de seguros que segmenta la población según condición laboral e ingresos. Solo en tres ocasiones se hace referencia a organizar redes de salud, todas lo hacen por establecimientos de salud ordenados jerárquicamente. Solo en dos ocasiones los proveedores son solo público, pero otros cuatro (16.7 %) la presencia privada es mínima, aunque en crecimiento. La mitad de los países (doce), al parecer, dirigen esfuerzos para garantizar el derecho a la atención a la salud; los que la entienden como una política social son seis (25 %). Los restantes (seis), la consideran un negocio. Apenas tres países (12.5 %) se acercan a la APS renovada, los demás no logran superar la APS selectiva. El avance se considera que es poco. No se evidencian diferencias importantes según la orientación política de los gobiernos, excepto que el tema de articular la APS en redes es exclusiva de los llamados gobiernos de izquierda que podrían ser más una vez desarrollen sus propuestas de gobierno.

CONSIDERACIONES

Han sido muchas las acciones de denuncia e impugnación dirigida a los sistemas de atención de las sociedades capitalistas. En ocasiones, la protesta se ha hecho acompañar de propuestas, pero no se evidencian avances importantes entre los países del Caribe y Centroamérica, sobre todo en los primeros. Los planteamientos de la fundación Rockefeller, dictados en respuesta a la declaración de

Alma Ata, conservan una influencia amplia y solo es sustituida por el enfoque de negocios de la APS bajo los dictámenes del Banco Mundial y el BID. De ahí que se evidencia de que el avance ha sido poco. Posibles explicaciones: la falta de una propuesta concreta sobre la base del derecho a la salud (no solo a la atención); el asumir como válidos y definitivos los enfoques de la OPS; la poca atención que hemos dado en vincularnos con los países y territorios del Caribe, más allá de las Antillas Mayores.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. 2023. Doi: 10.37774/9789275327562.
- (2) Selig J., Fernández F. Obstáculos en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Sistema Dominicano de Salud. Santo Domingo, República Dominicana: UASD; 2019.
- (3) Breilh J. The social determination of health and the transformation of rights and ethics. A meta-critical methodology for responsible and reparative science. Global Public Health. 2023;18(1). Doi: [10.1080/17441692.2023.2193830](https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830).
- (4) Selig J, Martínez M, Espinal R, Polanco Z, Rosario J, Lagares J, Feliz A. Alcance de la Atención Primaria en Salud según el enfoque. In: XV Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva. La Paz, Bolivia: ALAMES; 2018.

ENFRENTAMENTO DA ESPOROTRICOSE FELINA E HUMANA UMA ABORDAGEM INOVADORA DO MUNICÍPIO DE IPATINGA

Alana do Carmo Rodrigues¹

Higor Miranda Costa de Aquino

Juliano Castillo Onofre Pereira

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento

Josiane Marcia de Castro

Elisangela Alves Santana

Walisson Silva Medeiros

Shara Regina da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A esporotricose é uma micose subcutânea de caráter zoonótico causada por fungos do complexo *Sporothrix* spp., comumente encontrados em associação ao solo contaminado, recorrente em regiões de clima tropical e subtropical. A inoculação do fungo ocorre através da forma clássica, por meio de lesão traumática por elementos do solo, ou de forma zoonótica, através do contato direto com felinos por arranhaduras e mordeduras ou contato direto da pele lesionada ou mucosa com lesões e secreções dos gatos infectados⁽¹⁾. Os felinos possuem relevante papel no ciclo epidemiológico da doença, devido aos hábitos de enterrar os dejetos, afiar as unhas em árvores, além de comportamentos territoriais e reprodutivos, associado ao fato de possuírem alta carga fúngica nas lesões, o que explica o alto potencial zoonótico da espécie⁽²⁾. O Brasil é o país que possui o maior número de casos felinos no mundo⁽¹⁾. Em Minas Gerais, a doença se tornou de notificação obrigatória, através de uma nota da Secretaria Estadual de Saúde, em dezembro de 2018, e em março de 2025 passou a ser de notificação obrigatória em todo Brasil. No município de Ipatinga-MG, de 2018 até o ano de 2024 foram notificados 274 casos suspeitos, e destes, 209 foram confirmados para a doença, em humanos⁽³⁾. De 2019 a 2024, foram atendidos, na Seção de Controle de Zoonoses, 1.233 felinos com lesões de pele sugestivas de esporotricose.

OBJETIVO

Essa iniciativa tem como objetivo geral reduzir o número de casos humanos e felinos de esporotricose no município de Ipatinga, através da prevenção e controle por meio da identificação precoce de casos suspeitos em felinos e humanos, reduzindo o tempo de tratamento em ambos, inibindo o comportamento de risco dos felinos por meio da castração e confirmar casos suspeitos de felinos através do exame de citologia, além de reduzir o número de eutanásias realizadas em felinos por falta de diagnóstico precoce, desconhecimento da doença por parte da população e tratamento adequado.

1

Prefeitura Municipal de Ipatinga/MG. E-mail: alanarodrigues79@hotmail.com

METODOLOGIA

Em junho de 2019, a seção de controle de zoonoses implantou um plano de enfrentamento da esporotricose felina e humana baseado em: busca ativa de casos humanos e felinos através dos ACEs e ACSs; atendimento de triagem de todos os felinos com lesões suspeitas e coleta de citologia da ferida do animal realizada pelo veterinário no setor; eventos de educação em saúde; castrações em situações específicas. Foi incluída a prática da vigilância ativa dos casos humanos suspeitos, em especial dos tutores de gatos com lesões suspeitas que procuram o serviço da SCZ, destes muitos também possuíam feridas sugestivas da doença. Mediante a suspeita clínico-epidemiológica em felinos é realizada a prescrição e acompanhamento de tratamento pelo médico veterinário do setor para os felinos dos tutores em situação de vulnerabilidade. A partir de 2023, o município passou a oferecer a castração de forma regular aos felinos que receberam alta do tratamento, através do programa de manejo populacional. Felinos advindos de recolhimento seletivo são tratados para a doença quando a triagem clínica indica bom prognóstico e posteriormente são direcionados a adoção.

RESULTADOS

De 2019 a 2024 foram triados 1.233 felinos com lesões suspeitas, destes, 569 confirmaram a infecção através do exame de citologia, correspondendo a 46% de positividade. Dentre a amostra de animais que tiveram o sexo identificado, 71% eram machos e 29% fêmeas. Desde o início do programa de castração em abril de 2023 até dezembro de 2024 foram castrados 3.597 felinos. O número de eutanásias de felinos com esporotricose realizadas na SCZ caiu consideravelmente desde que o programa foi iniciado, no ano de 2019 foram 193 eutanásias realizadas, em 2020: 122 eutanásias; 2021: 217 eutanásias; 2022: 122 eutanásias; 2023: 50 eutanásias e 2024: 30 eutanásias. Agora no ano de 2025 até o mês de março foram atendidos 33 felinos com suspeita da doença.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os dados coletados evidenciam a relevância da detecção precoce e do tratamento correto para minimizar a disseminação da esporotricose nos felinos bem como nos humanos, demonstrando o impacto positivo e a importância da integração entre saúde pública, bem-estar animal e educação em saúde para o controle de zoonoses. A queda no número de eutanásias pela doença, aliada à expressiva adesão ao programa de controle populacional reflete não apenas uma melhora no prognóstico clínico dos animais, mas também um avanço significativo na promoção da guarda responsável e no manejo ético da população felina. Reforça a importância da continuidade e ampliação dessa política pública, servindo de modelo para outros municípios enfrentarem o desafio da esporotricose de maneira humanitária, eficaz e sustentável.

REFERÊNCIAS

- (1) Gremião IDF et al. Zoonotic epidemic of sporotrichosis: cat to human transmission. PLoS pathogens. 2017;13(1):e1006077.
- (2) Rodrigues AM et al. Análise filogenética revela alta prevalência de *Sporothrix brasiliensis* em surtos de esporotricose felina. PLoS neglected tropical diseases. 2013;7(6):e2281.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília, DF: Sinan. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br>

ENTRE TERRITÓRIOS E SABERES: VIVÊNCIAS NO SUS COMO DISPOSITIVO DE FORMAÇÃO ÉTICO-POLÍTICA NO CUIDADO EM SAÚDE

Amanda Cruz Pereira ¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua implantação, consolida-se como política pública essencial para a promoção da qualidade de vida da população, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Ao mesmo tempo, o SUS reorienta modos de cuidar, ensinar e aprender, desafiando o modelo biomédico ainda predominante na formação em saúde^(1,2). Diante disso, torna-se urgente a construção de novos cenários de prática, mais humanos e coletivos, que articulem ensino e serviço.

Nesse sentido, o projeto VER-SUS, criado em 2004, é uma estratégia da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que promove a imersão de estudantes e residentes na realidade dos serviços e territórios, ampliando o olhar sobre os determinantes sociais e o trabalho em saúde^(3,4). A formação de profissionais comprometidos com o SUS exige a adoção de metodologias críticas, baseadas no conceito ampliado de saúde, no trabalho em equipe e na multiprofissionalidade.

Assim, as vivências no SUS configuram-se como ferramenta estratégica na construção de sujeitos implicados com a transformação social e com a defesa dos princípios do SUS e da Reforma Sanitária ⁽⁵⁾.

OBJETIVO

Relatar a experiência no Projeto VER-SUS como estratégia formativa, destacando sua contribuição para a reorientação da formação em saúde a partir da imersão no SUS.

Descrever as atividades realizadas e os cenários vivenciados. Refletir sobre os aprendizados construídos no encontro entre ensino, serviço e comunidade. Evidenciar as vivências como estratégia para formar profissionais comprometidos com os princípios do SUS.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência de uma residente da área de Saúde Coletiva – Gestão em Saúde da Residência Multiprofissional do GHC, que atuou como facilitadora no projeto Vivências no SUS/ VER-SUS, realizado em janeiro de 2025, em Porto Alegre e Nova Santa Rita (RS), com duração de 7 dias e carga horária de 100 horas.

A imersão envolveu 140 participantes, entre viventes, facilitadores, docentes e organizadores. A residente participou da capacitação prévia e acompanhou os viventes em visitas a serviços como US

Costa e Silva, Coinma, Conceição, Nossa Senhora Aparecida, CAPS AD III, Academia de Saúde e UBS Adão Pretto. Além da vivência nos serviços, participou da organização dos núcleos de base e das rodas de conversa reflexivas.

À vista disso, a visita a Nova Santa Rita evidenciou a integração entre atenção básica, policlínica e farmácia municipal, enquanto a visita ao CAPS destacou os desafios do cuidado em saúde mental.

Diante desse cenário, a experiência reforçou o papel formativo das vivências para fortalecer o SUS e contribuir na construção de sujeitos críticos, sensíveis e comprometidos com a saúde pública e o trabalho coletivo.

RESULTADOS

A imersão no projeto vivências no SUS/VER-SUS evidenciou a potência formativa do SUS e sua articulação em rede, permitindo que estudantes acessassem diretamente a realidade dos serviços e territórios. Além disso, a experiência demonstrou a importância da integração da teoria e prática, proporcionando experiências reais no campo profissional desde a graduação.

No contexto atual de mudanças sociais e educacionais, Fettermann et al. ⁽⁵⁾ destacam o desafio da formação fragmentada e a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional como base para o cuidado integral. Ademais, a convivência com diferentes profissões durante a vivência enriquece a formação e fortalece o trabalho colaborativo.

Diante desse cenário, a educação permanente em saúde, enquanto princípio do SUS, promove a construção coletiva de saberes e o enfrentamento das desigualdades sociais. Nesse sentido, a saúde coletiva defende ações interdisciplinares baseadas na equidade, na superação de vulnerabilidades e na promoção da autonomia ⁽⁶⁾. Ceccim e Feuerwerker ⁽¹⁾ também apontam o distanciamento entre a formação em saúde e a gestão do SUS, reforçando o valor das vivências na formação cidadã e crítica.

Além disso, a vivência também revelou a importância do controle social e da gestão participativa, fundamentais para a efetividade das políticas públicas. Consequentemente, é crucial que, apesar da hegemonia do modelo biomédico, haja a integração de saberes e práticas para fortalecer a atuação multiprofissional, visto que experiências como essa reafirmam a centralidade do SUS como espaço de cuidado, formação e transformação social, mostrando apoio e compromisso dos profissionais. Portanto, o SUS pode ser um sistema ainda mais eficaz, inclusivo e capaz de atender de forma integral as necessidades da população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A proposta do VER-SUS se coloca em um patamar ímpar como metodologia potente para uma formação ética, crítica e integrada à realidade social, ao promover o diálogo intersetorial, multiprofissional e comunitário. Ademais, a vivência possibilita o compartilhamento de saberes e sentimentos, fortalecendo práticas de saúde reflexivas. Assim sendo, frente às transformações sociais, a

formação generalista em saúde exige que discentes assumam responsabilidade ativa por seu aprendizado que atenda às demandas do SUS.

Por fim, a educação permanente surge como eixo fundamental para consolidar um SUS que não apenas trata, mas forma e transforma, assim, essa formação deve ser flexível e comprometida com o controle social e a relevância pública com experiências que reforçam o SUS como patrimônio coletivo, cujo fortalecimento depende da articulação entre formação adequada, serviços bem estruturados e profissionais comprometidos com uma atenção à saúde justa, eficiente e humana.

REFERÊNCIAS

- (1) Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2004;14:41-65.
- (2) Weber A, et al. Vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e a formação profissional em saúde: relato de experiência. *Extensio: Rev Eletrônica Extensão*. 2016;13(23):112-122.
- (3) Burille A, et al. Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. *Rev Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. 2013;7(4).
- (4) Fetterman FA, et al. Projeto VER-SUS: Influências na formação e atuação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:2922-2929.
- (5) Lima JC, Oliveira AG, Noro LRA. Avanços e desafios da formação no Sistema Único de Saúde a partir da vivência dos docentes da área de Saúde Coletiva nos cursos de Odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(8):3323-3334.

ESCOLA COMO LÓCUS DO CUIDADO: ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Sabrina Santos da Costa Santos¹

Camila da Silva Soares

Alvaro Luis da Silva Bello Ferreira

Arlene Souza Lopes

Isabel Cristina de Brito

Jueslania Valdemira Carvalho Meneses

Paulo Rogério Nunes Barbosa

Vanessa Alves Pereira

Tatiane da Silva Cruz

Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação voltada aos fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam e determinam as condições de saúde da população, requer inserção dos discentes nos territórios de vida da população. A integração ensino-serviço favorece a compreensão ampliada do processo saúde-doença, aprimorando competências nas dimensões do cuidado, da educação em saúde, da gestão e da pesquisa, sendo um desafio para as instituições formadoras [1]. Neste contexto, a extensão universitária apresenta-se como um potente elo de construção compartilhada do conhecimento, ao integrar o ensino, o serviço e a comunidade. A extensão universitária constitui-se como prática educativa transformadora, proporcionando aos estudantes conhecimento crítico e reflexivo; fortalecimento de vínculos comunitários; e formação profissional alinhada à equidade e à justiça social [2]. Todavia, as formas de materialização da integração ensino-serviço; e a fundamentação teórica e metodológica desenvolvidas são fundamentais para promover uma formação em saúde crítica e transformadora, orientada para a defesa da saúde como direitos de todos. Assim, apresenta-se a seguinte questão norteadora: Quais são as estratégias pedagógicas vivenciadas pelos participantes do Projeto de Extensão Escola como Lócus do Cuidado em uma Clínica da Família (CF)?

OBJETIVO

Descrever as estratégias pedagógicas desenvolvidas no Projeto de Extensão Escola como Lócus do Cuidado entre 2021 e 2025 em articulação com profissionais de saúde e comunidade, vinculados a uma CF.

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: sabrina.costa@edu.unirio.br

METODOLOGIA

Relato de experiência do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da percepção de discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e profissionais de uma Clínica da Família durante o Projeto de Extensão Escola como Lócus do Cuidado, entre os anos de 2021 e 2025. Para apresentação dos dados utilizou-se os seguintes grupos de sentidos: Integração da teoria à prática; Organização da prática pedagógica; e Construção Compartilhada do Conhecimento.

RESULTADOS

Grupo 1–Integração da teoria à prática: curricularização da extensão, por meio da disciplina: Atenção e Gerência da Saúde Coletiva no SUS com inserção discente na CF e produção de tecnologias em saúde; participação dos profissionais de saúde na construção do conhecimento científico; inserção semanal dos bolsistas de extensão na CF junto aos profissionais e à comunidade. Grupo 2–Organização da prática pedagógica: relações firmadas entre os docentes e discentes da universidade, profissionais de saúde e população; planejamento e avaliação contínua das atividades; continuidade do projeto de extensão desde 2013; e discussão teórica e metodológica ancoradas na Educação Popular em Saúde. Grupo 3–Construção Compartilhada do Conhecimento: levantamento das necessidades do serviço de saúde; levantamento das necessidades em saúde da população; produção de tecnologias sociais e de educação em saúde; vivência da prática cotidiana da equipe e das formas de produção de cuidado. Para os discentes, a participação no projeto proporcionou uma formação sensível e comprometida com os princípios do SUS e da Educação Popular em Saúde. A vivência no território, junto aos profissionais e à comunidade, possibilitou a construção de saberes, a partir da realidade concreta, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades, tais como: escuta qualificada, empatia e o trabalho em equipe. Para os profissionais de saúde a participação no projeto possibilitou o fortalecimento do vínculo com a universidade e a ampliação do olhar sobre o processo de cuidado, estimulando a reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho em saúde, a partir da valorização dos determinantes sociais e da educação popular como fundamento metodológico para o fortalecimento das ações no território.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A inserção discente na CF, aliada ao projeto de extensão, permitiu a troca de saberes e a construção do conhecimento de forma compartilhada. Tais princípios, discutidos como pressupostos da educação popular, mostraram-se como potentes para a formação discente, na valorização da saúde como direito de todos. Este relato contribui para a reflexão sobre a relevância da extensão universitária na articulação entre ensino e serviço durante a formação profissional, ao destacar as estratégias metodológicas utilizadas, a partir dos atores sociais que constroem e reconstróem o projeto de extensão. Destaca-se, a necessidade de ampliar a escuta e a participação da comunidade no processo de avaliação do projeto. Para isso, sugerimos: implementação de rodas de conversa com a comunidade, reconhecidas como espaços democráticos; e elaboração participativa de indicadores com o objetivo de qualificar as ações desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

- [1] Marin MJS, Oliveira MAC, Otani MAP, Cardoso PC, Moravcik MYD, Conterno LO, Braccialli LAD, Nunes CRR, Siqueira ACJ. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 Nov [citado 2025 Abr 15]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-integracao-ensinoservico-na-formacao-de-enfermeiros-e-medicos-a-experiencia-da-famema/14878>
- [2] Santana RR, Santana CCA, Costa Neto SB, Oliveira EC. Extensão universitária como prática educativa na promoção da saúde. Educ Realidade [Internet]. 2021 Sep 10 [citado 2025 Abr 15];46(2):e98702. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/98702>

ESPACIO DE ENCUENTROS DE SABERES EN SALUD COMUNITARIA

Gabriel Mazuquin¹

Fernando Voloschin

German Vaglio

INTRODUCCIÓN

Mario Testa (1) nos muestra un momento clave de la historia, en donde Pasteur y Koch con sus importantes descubrimientos confrontan con la mirada social de Virchow en Europa. Esta tensión llega a nuestros tiempos con una fuerte impronta biologicista de la salud centrada en la enfermedad y por lógica sostenida y abalada por la mayoría de profesionales médicos, como de otras profesiones y de las comunidades con quienes trabajamos.

Ferrara, define salud como: “La capacidad individual y colectiva para hacer frente a las situaciones que nos limitan la vida”. Claramente, nos invita a repensar nuestro rol como trabajadores de la salud, así como el de las comunidades. (2)

¿En que pensamos cuando hablamos de prevención y promoción de la salud?

¿En qué lugar ponemos al “otro”, como paciente, como enfermo, como sujeto en crisis?

¿Qué se entiende, por salud, salud mental, las comunidades donde trabajamos?

Hay muchas preguntas por hacernos, pero debemos tener en claro que para pensar en salud no podemos pensarlo solo como trabadores de la salud o como sistema de Salud, sino entre los trabajadores y con las comunidades que padecen situaciones que los enferma y mata. De muy poco sirve dar una medicación, aunque no desmerecemos su valor, sino ponemos en discusión las condiciones en que aparece la enfermedad. Tenemos que pensar todos los espacios posibles para generar estos debates, uno de ellos es el que proponemos, que se irá adaptando a las características de los lugares y participantes de los mismos.

OBJETIVO

Generar espacios de reflexión y de intercambio de saberes comunitarios en salud. Provocar debates sobre la salud que tenemos y que queremos. Proponer y desarrollar capacitaciones específicas sobre problemáticas actuales relevantes. Generar espacios para la realización de diferentes propuestas que podamos generar y/o acompañar. Profundizar vínculos con la comunidad y con sus referentes institucionales en particular.

RESULTADOS

Luego de dos años de desarrollo de esta propuesta, nos sigue sorprendiendo la convocatoria y la necesidad de encontrar espacios de estas características.

1 Hospital Polivalente Dr. E. Mira y López. E-mail: gabimazuquin@yahoo.com.ar

Es cierto que en un primer momento aparece un posicionamiento de reclamos, fundamentalmente relacionado al sistema de atención pública, turnos a especialidades, horarios de atención, entre otros. Cabe aclarar, que estos son registrados para trabajar con los responsables de la estructura correspondiente.

Muchos participantes concurren para encontrar alguna respuesta a dolencias particulares o de otros, familiares y/o cercano, pero luego de encontrarse con otros y en eso estamos también nosotros, se encuentra con respuestas y/o otra pregunta que no son exactamente lo que venían a buscar, pero se involucran (en su mayoría) en esta manera nueva de pensarse, de pensarnos. Ej. Reconocer al Centro de Salud como tal y con SUM (Salón de Usos Múltiples) como espacio de encuentro y debate comunitario parece ser una novedad que es recibida con mucho regocijo y dispuestos a ocupar lo que está disponible y si no está exigirlo.

Durante este periodo nos encontramos 180 personas de la comunidad (referentes de instituciones de la sociedad civil, otras áreas del estado) ciudadanos en general y 20 profesionales de la salud, que también sus participaciones con diferentes expectativas pudieron poner en discusión sus procesos de prácticas.

Por último, un resultado no planificado y que surgió de los participantes, es mantener un vínculo para realizar encuentros más amplios entre los distintos grupos (dos por año) para profundizar algunas situaciones y propuestas. A la fecha se ha realizado un encuentro y se piensa en otro a fines de 2025.

CONSIDERACIONES

Es interesante ver que cuando la información circula, se socializa, es posible desencadenar realmente procesos participativos. Esta iniciativa nos permite reafirmar que el protagonismo es posible cuando se facilita información, así como la escucha y el reconocimiento mutuo del valor de la palabra de la comunidad y de los trabajadores de la salud. A esto muchos le dicen producción colectiva de conocimiento, nosotros encuentro de saberes. Lo importante es entender que es necesario crear espacios de reconocimiento, del valor, de la capacidad de cada sujeto. Esto nos ha permitido comprobar en los distintos participantes, el inicio de un proceso de involucramiento individual y colectivo para avanzar en propuesta superadoras en relación al sistema de salud y a distintas situaciones problemáticas barriales.

REFERENCIAS

- (1) La Insubordinación de los Privilegiados. Documental. Dirección: Kreplak N. Fragmento entrevista, Testa M. 2019 Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1lejzbqLHLE&t=642s>.
- (2) Ferrandini, D. Algunos problemas complejos de salud. 2011. p. 2. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

ESTÁGIO EM DOCÊNCIA NA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos¹

Debora da Silva Albani Martins

Lidiane Bravo da Silva

Matheus Abreu Lopes de Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A docência no ensino superior requer uma formação profissional sólida e interdisciplinar, notadamente no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva. Dessa forma, faz-se necessária a oferta de disciplinas para alunas e alunos de mestrado e doutorado, particularmente acadêmicos, que dêem conta da diversidade na prática docente, bem como ações que coadunam com o estágio em docência. O estágio é uma ponte essencial entre a teoria e a prática, permitindo que futuros docentes e pesquisadores adquiram e apliquem conhecimentos didáticos e pedagógicos em contextos reais, além de promover uma compreensão mais profunda das dinâmicas sociopolíticas e institucionais que permeiam o ambiente educacional na saúde. Entendendo que as/os discentes têm uma experiência, inclusive vivência profissional, que antecede a sala de aula, é fundamental que seja construído um ambiente de trocas e aprendizagens sobre a formação para a docência no ensino superior em cursos de mestrado e doutorado acadêmicos em Saúde Pública/Saúde Coletiva. A experiência relatada ocorreu entre 29 de agosto e 18 de dezembro de 2024, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro (Brasil).

OBJETIVO

Descrever a vivência de doutorandas e doutorandos da disciplina “Estágio em Docência I”, de um Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da principal instituição não-universitária de formação e qualificação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a área de ciência e tecnologia, no Rio de Janeiro (Brasil), ocorrida no período de 29 de agosto a 18 de dezembro de 2024.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de relato de experiência que se deu no “Estágio em Docência I” por um semestre, em 2024, com cinco encontros mensais. Foram desenvolvidas diversas atividades relacionadas à docência, como leituras e atividades com temas como: “Não há docência sem discência”, “Olhares Socioantropológicos sobre Escola e Currículo”, “Tendências Pedagógicas e Metodologia”, “Avaliação na Educação (formativa e não formativa)” e sobre a perspectiva do pensamento do Paulo

1

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: apmbasantos@gmail.com

Freire. Além disso, foi realizado estágio supervisionado em disciplina escolhida por cada discente onde se deu a parte prática.

Os dados foram oriundos da participação e envolvimento dos discentes neste processo. Além de um diário de campo, ao final do período realizou-se um relatório para descrição das atividades executadas. O relato é baseado no desenvolvimento de atividades de preparação, estratégias executadas em sala de aula, nas experiências adquiridas pela convivência com os discentes e com os professores convidados e nos desafios enfrentados ao longo deste processo como auxiliar docente.

RESULTADOS

Encarar a disciplina de estágio em docência como parte essencial do doutorado revelou-se desafiador, mas também formativo, com novos aprendizados. Adquirimos uma perspectiva crítica sobre o ambiente educacional, entendendo-o como espaço de conflito e construção. Acrescida a aprendizagem da prática docente, expandindo a compreensão sobre metodologias e teorias aplicadas, por meio das trocas entre discentes, professores e orientadores.

Inspirada pela pedagogia de Paulo Freire^{1,2}, essa experiência destacou a educação como espaço de diálogo, de transformação e como ferramenta para a emancipação—capaz de quebrar os ciclos de opressão e de promover a construção de uma sociedade mais justa e democrática. Para além, suscitou-nos compreender a realidade como uma construção social, sendo a escola palco de disputas ideológicas e sociais permeada por abordagens pedagógicas que não são neutras, e refletem diferentes visões de mundo e intenções sobre a estruturação da sociedade. Face a essa realidade o processo educacional deve estimular o pensamento crítico e a autonomia dos alunos.

De acordo com Pimenta e Lima³, o desenvolvimento da identidade profissional demanda espaços de prática e formação que articulem teoria e realidade. O estágio se torna, assim, instrumento fundamental para a construção dessa identidade, permitindo ao doutorando vivenciar desafios, desconstruções e aprendizagens que impactam sua visão sobre a docência.

Não à toa, para Borsoi⁴, o estágio possibilita ao educador integrar teoria e prática, de modo a ampliar sua compreensão profissional. Essa fase é marcada por diálogo, investigação e articulação de saberes, favorecendo uma prática pedagógica crítica e transformadora, e contribuindo para a formação de educadores conscientes de seu papel social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estágio em docência permite ao professor em formação descobrir novas e diversas abordagens para enfrentar desafios que, muitas vezes, não antecipava encontrar em sua área de atuação. Como um espaço de conhecimento, resulta da interação entre os cursos de formação e o contexto social onde as práticas educativas ocorrem.

Refletir sobre as vivências do estágio, realizar pesquisas, analisar a prática para aprimorá-la e interagir com todos os participantes de um ambiente colaborativo são momentos essenciais nesse

processo. Daí por que, a disciplina deveria ser obrigatória para todos os discentes de doutorado acadêmico em Saúde Pública/Saúde Coletiva, pois, assim, teríamos uma preparação mínima para aqueles que, em algum momento, venham a lecionar ou mesmo propor e conduzir pesquisas científicas com conhecimento crítico neste campo.

REFERÊNCIAS

- (1) Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1967.
- (2) Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
- (3) Pimenta SG, Lima MSL. Estágio e docência. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2010.
- (4) Borssoi BL. O estágio na formação docente: da teoria à prática, ação reflexão. I Seminário Nacional de Educação. XX Semana da Pedagogia. Cascavel: Unioeste; 2008.

ESTRATÉGIAS PARA ELIMINAÇÃO DAS HEPATITES VIRAIS: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA NACIONAL PARA O SUS

Carolina Simone Souza Adania¹

Elton Carlos de Almeida

Ana Mônica de Mello

Sarah Yasmin Lucena Gomes

Carla Francisca dos Santos Cruz

José Nilton Gomes

Mário Peribanez Gonzalez

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As hepatites virais (HV) representam um desafio persistente para os sistemas de saúde, exigindo ações coordenadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento [1]. No contexto global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu metas para eliminação das hepatites até 2030, priorizando ações baseadas em evidências e cooperação internacional [2]. No Brasil, foi lançado o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, que destaca a integração interministerial e a participação social como pilares para alcançar as metas da Agenda 2030 [3]. Além disso, o Ministério da Saúde construiu coletivamente o Guia para a Eliminação das Hepatites Virais no Brasil, ferramenta com diretrizes que orientam gestores e profissionais na organização de estratégias articuladas, garantindo a integralidade do cuidado e a equidade no acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais [4].

OBJETIVO

Relatar o processo participativo de elaboração do Guia para Eliminação das Hepatites Virais no Brasil, destacando sua relevância para a ampliação da cobertura e organização dos serviços de saúde que ofertam cuidados às pessoas acometidas por essas infecções, o fortalecimento das redes de atenção integral à saúde e o aprimoramento da gestão e do cuidado, visando alcançar as metas da OMS para eliminação das hepatites virais até 2030.

METODOLOGIA

O processo de construção teve abordagem participativa e incluiu seminários, consulta pública e reuniões técnicas. O seminário “I Diálogo para Eliminação das Hepatites B e C” (2023), reuniu representantes da sociedade civil, conselhos de gestão, sociedades científicas e gestores. Foram elaboradas diretrizes, alinhadas ao Programa Brasil Saudável e às metas globais da OMS, com base em evidências científicas e experiências locais, para alinhar as redes de atenção integral à eliminação das HV.

1

Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: carol.adania@gmail.com

Grupos de trabalho intersetoriais propuseram ações para ampliar o acesso à imunização, prevenção e diagnóstico precoce na atenção primária; organizar fluxos de cuidado para tratamento oportuno e acompanhamento em redes secundárias e terciárias; capacitar profissionais de saúde para manejo das HV; e desenvolver estratégias para inclusão de populações mais vulneráveis.

Durante o “Julho Amarelo 2024”, as diretrizes preliminares do Guia foram apresentadas e submetidas à consulta pública, reforçando o engajamento da sociedade e o alinhamento das propostas às necessidades locais, bem como a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) [5, 6].

RESULTADOS

O Guia consolidou um modelo de integração das redes de atenção para o enfrentamento das HV, de forma a promover organização de fluxos regionais e locais de cuidado que respeitem as especificidades epidemiológicas e sociais; fortalecimento da atenção primária como porta de entrada e articuladora do cuidado; diretrizes para a integração das redes secundária e terciária, garantindo acesso ao tratamento e à monitorização de casos crônicos; ampliação da articulação intersetorial, promovendo ações conjuntas entre saúde, educação e assistência social para atingir populações prioritárias.

O material também destaca ações prioritárias, como ampliação da oferta de testes rápidos e a ampliação do acesso aos tratamentos, estratégias de educação em saúde e incentivo à imunização, além de abordar a integração entre níveis de atenção à saúde e o fortalecimento das capacidades dos profissionais, com recomendações adaptadas às diversas realidades regionais.

A implementação do Guia será regionalizada, por meio de oficinas de microplanejamento promovidas pelo Ministério da Saúde, que contarão com a participação de gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, representantes de conselhos de saúde, lideranças comunitárias e outros atores estratégicos para discutir a construção e pactuação de linha de cuidado das hepatites virais no âmbito regional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Guia representa um avanço significativo no enfrentamento das hepatites virais no Brasil, reforçando o compromisso do país com a saúde universal, integral e equânime. Sua construção evidencia a relevância das redes de atenção integral à saúde na eliminação das hepatites virais no Brasil e sua implementação será essencial para consolidar o SUS como referência em políticas de saúde pública e alcançar a meta de eliminação até 2030. A experiência serve como referência para outras iniciativas de saúde coletiva que busquem alinhar políticas públicas às metas globais de saúde, promovendo estratégias de cuidado integrado.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>
- [2] United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. Disponível em: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>. 2015.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente. Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável: unir para cuidar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_brasil_saudavel.pdf
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Guia para a Eliminação das Hepatites Virais no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Governo Federal avança nas ações para eliminação das hepatites virais no país. 30 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit>
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Resumo Executivo 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – 2025. 17 fev. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2025/janeiro/resumo-executivo-1a-reuniao-ordinaria-cit-2025.pdf/view>

ESTUDIO ETNOGRÁFICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN A LA TUBERCULOSIS EN UN CENTRO ASISTENCIAL DEL SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lorena Pratto¹
Catalina Gobelli
Guadalupe García

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta avances de una investigación antropológica sobre los procesos de atención de la tuberculosis en la ciudad de Buenos Aires. Partimos de la identificación de la tuberculosis como un importante problema de salud pública y consideramos su desigual distribución asociada a condiciones de vida desfavorables y a un acceso deficitario a los servicios de salud.

Específicamente, focalizamos en el análisis etnográfico de un centro de atención basado en la articulación entre una asociación civil y el sistema de salud: Casa Masantonio. Ubicado en una zona con altas tasas de tuberculosis, se orienta a la atención de personas en extrema vulnerabilidad, en situación de calle con consumo problemático de sustancias psicoactivas y enfermedades complejas. Pertenecen a la Federación Familia Grande Hogar de Cristo, una red de centros de contención para personas con problemas de consumo coordinados por un grupo de sacerdotes que desarrollan su actividad pastoral en barrios populares de la Argentina. Casa Masantonio es presentado por la OPS como un ejemplo exitoso de su modelo de atención “centrado en el paciente” (OPS 2018). En efecto, la tasa de adherencia al tratamiento en el dispositivo ronda el 90% y la tasa de éxito de tratamiento se sitúa por encima del 81%, siendo este último indicador superior al estimado para el total los casos evaluados de la ciudad (56%) (GEO, 2023). (1,2)

OBJETIVO

En esta ponencia nos proponemos describir y analizar algunas de las modalidades de trabajo y prácticas de cuidado de la salud que se llevan adelante en Casa Masantonio en su abordaje de la tuberculosis. Nos interesa analizar las acciones, sentidos, y estrategias que los trabajadores del dispositivo ponen en juego en su trabajo cotidiano con la población y con otras instituciones estatales.

METODOLOGÍA

Nuestro punto de partida es un supuesto básico de la perspectiva antropológica: recuperar saberes y prácticas, demandas y estrategias desarrolladas por los sujetos y grupos. Desde allí, se plantea un estudio etnográfico que integra diferentes técnicas de producción de datos: entrevistas semi-estructuradas con directivos, profesionales, voluntarios y “acompañantes pares” que se desempeñan

1 Universidad de Buenos Aires. E-mail: lorenapratto@hotmail.com

en Casa Masantonio y observación participante de las actividades, interacciones y prácticas en los diferentes espacios en los que transcurre la atención de las personas con tuberculosis.

RESULTADOS

Casa Masantonio plantea un abordaje de la tuberculosis basado en lo que denominan “tratamiento directamente acompañado” que busca abarcar diversas problemáticas, brindando apoyo en una amplia variedad de dimensiones. El trabajo de acompañantes pares, el tratamiento “personalizado” y la búsqueda por “ser familia” de quienes se acercan al dispositivo constituyen, en la perspectiva de los entrevistados, los pilares de la atención. En palabras de una enfermera, la centralidad del *vínculo* (de afecto, de cercanía, de apoyo) entre quienes brindan atención y quienes la reciben es el principal fundamento del trabajo realizado y del éxito de los tratamientos.

Las acciones llevadas adelante incluyen la búsqueda activa de personas con síntomas, controles médicos en los consultorios que funcionan en la Casa, entrega de medicación (en la Casa o en las llamadas “ranchadas” donde se encuentran personas en situación de calle), toma de muestras para estudios médicos, acompañamiento para estudios hospitalarios, así como entrega de almuerzo, ropa, tramitación del documento de identidad, gestiones para diversos programas de asistencia, entre otras. Un trabajo “cuerpo a cuerpo” que implica también recorridas y acercamientos permanentes a otras instituciones del territorio. Movimientos en los que se ponen en juego la negociación de requisitos, la búsqueda de flexibilización de criterios o la adaptación de determinados lineamientos para el acceso a la atención en base a las particularidades de la población atendida. En muchos casos, son estas negociaciones y desafíos a los procedimientos estandarizados o burocratizados por parte de los trabajadores de Masantonio los que garantizan efectivamente el acceso a la atención de las personas en condiciones de extrema vulnerabilidad

CONSIDERACIONES

Si bien los recursos estatales para la atención de la tuberculosis se encuentran disponibles (profesionales de salud, tecnologías diagnósticas, estudios de seguimiento, medicación) su mera existencia dista mucho de garantizar el pleno acceso para quienes los requieren.

Las formas de trabajo de Casa Masantonio suponen una apuesta cotidiana por la problematización, la búsqueda creativa de recursos, la negociación e incluso en ocasiones la subversión de ciertos lineamientos estandarizados o burocratizados. Todo ello nos recuerda que la posibilidad de llevar adelante prácticas de cuidado de la salud efectivas implica la articulación de recursos, herramientas y acciones concretas, en un proceso permanente de adaptaciones, retoques y atención sintonizada con necesidades cambiantes (3)(Mol, 2021). Estas prácticas ponen en evidencia la necesaria problematización, flexibilidad, adaptación y apuestas de los trabajadores de salud, cuyos saberes y accionar cotidiano constituyen desde nuestro punto de vista un componente central del “éxito” de los tratamientos que se llevan a cabo en la Casa.

REFERENCIAS

- (1) Gerencia Operativa de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal. 2023;365(31). Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2023>
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Casa Masantonio: un espacio de contención y tratamiento de la tuberculosis. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2018-cde-casa-masantonio-tb.pdf>
- (3) Mol A, Hardon A. Caring. In Bowen, J.; Dodier, N.; Duyvendak, J.; Hardon, A. Pragmatic Inquiry. Critical Concepts for Social Sciences. Routledge: New York; 2021. p.185-204.

ESTUDO QUALITATIVO SOBRE EXPERIÊNCIAS RELATADAS POR PESSOAS COM FERIDAS COMPLEXAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Roberto Martins de Oliveira¹

Vitor Rafael Gomes

Michelli Caroliny de Oliveira

Dalila Reis Barbosa

Lucas Marques Angelim

Caio Vieira de Barros Arato

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Pessoas com feridas crônicas sofrem intensas alterações físicas e psicossociais, como dor, limitação na mobilidade, ansiedade, depressão e isolamento social. O longo processo de tratamento pode gerar apatia e descrédito na cura. A ferida, cujo processo cicatricial prolonga-se por mais de 3 meses, são denominadas complexas [1] e, nesse caso, geralmente estão associadas com processos infecciosos e patologias sistêmicas. Para fins de pesquisa, entretanto, utilizamos aqui o termo feridas crônicas em face de termos investigado indivíduos, cujas feridas, embora complexas, tendem à não resolução e, portanto, são crônicas. Esta condição acomete milhões de pessoas em todo o mundo e aproximadamente 5% da população adulta no território ocidental sofre de tal agravo[2]. A interação entre o paciente e o profissional de saúde pode ser desafiadora ao revelar angústias, frustrações, ansiedades e outras emoções de ambas as partes.

Apesar de estudos quantitativos sobre qualidade de vida, há escassez de pesquisas qualitativas que aprofundem a subjetividade desses pacientes. A falta dessa abordagem dificulta um cuidado humanizado e integral, que vá além do técnico e considere o impacto emocional da condição. Compreender essas vivências pode auxiliar profissionais de saúde a oferecerem uma assistência mais sensível e eficaz.

OBJETIVO

Explorar os sentidos e significados manifestados e não manifestados, que podem revelar elementos subjetivos necessários ao manejo emocional dos pacientes.

METODOLOGIA

O estudo seguiu diretrizes éticas e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido por escrito.

A pesquisa, de abordagem clínico-qualitativa[3], utilizou a psicodinâmica da psicologia da saúde para interpretar conteúdos manifestos e latentes das entrevistas. A coleta de dados ocorreu entre

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: dr.robertomartinsdeo@gmail.com

setembro/2023 e abril/2024, por meio de entrevistas individuais semi-dirigidas, gravadas e transcritas. Participaram pacientes de 18 a 80 anos com feridas complexas de difícil cicatrização atendidos em Unidades de Saúde de Amparo (SP).

A pesquisadora principal, enfermeira experiente, realizou entrevistas em ambiente privativo, garantindo sigilo. O estudo adotou o critério de saturação teórica para definir o número de participantes. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo clínico-qualitativa, seguindo sete etapas, incluindo categorização e discussão com a literatura.

Foram identificadas três categorias principais: (1) “Não tem mais vida social: sofrimento para além da dor física”; (2) “A comunicação paciente-profissional”; e (3) “A religiosidade como estratégia de enfrentamento”.

RESULTADOS

Foram entrevistados 08 usuários, com idades entre 50 e 80 anos (média de 65 anos), sendo 2 homens e 6 mulheres. Três já passaram por amputação, quatro têm diabetes (dois deles amputados) e os demais apresentam outras patologias vasculares. A duração das feridas variou de 1 a 50 anos. Apenas um entrevistado exercia atividade laboral. Quatro precisaram mudar de residência devido à dependência parcial ou total.

O estudo revelou o impacto emocional e social das feridas crônicas, evidenciando sofrimento além da dor física, incluindo perda de autonomia, isolamento social e estigma. Muitos relataram sentimentos de desesperança e frustração pela falta de progresso no tratamento, o que compromete a motivação para seguir as orientações médicas.

A comunicação entre pacientes e profissionais mostrou-se um ponto crítico. Houve relatos de falta de clareza nas explicações sobre a doença e seu tratamento, gerando insegurança e reforçando crenças na incurabilidade das feridas. Informações conflitantes ou incompletas aumentam a ansiedade dos pacientes e dificultam sua adesão ao tratamento.

A religiosidade aparece como estratégia de enfrentamento, tanto de forma positiva, trazendo conforto e esperança, quanto negativa, associada à culpa e castigo. Muitos acreditam que as feridas resultam de punições divinas ou fatores sobrenaturais, influenciando sua percepção sobre o tratamento e a recuperação.

Profissionais de saúde devem adotar uma abordagem empática e acolhedora, considerando não apenas a lesão física, mas também os impactos emocionais e sociais. Uma escuta ativa e esclarecimentos adequados favorecem a adesão ao tratamento e contribuem para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ferida de difícil cicatrização, persistente por período prolongado, além da marca na pele, provoca uma tristeza que pesa a alma, traz sofrimento psíquico consequente das perdas e adaptações que precisa fazer para se adequar a sua realidade.

Os significados que essas feridas têm para os pacientes por ela acometidos é essencial para que os profissionais envolvidos adotem atitude psicoterapêutica nesses tratamentos, o que tende a aumentar a resolutividade dos casos, já que seu manejo vai além do conhecimento fisiopatológico

Os sofrimentos vividos pelas pessoas com feridas crônicas deve ser reconhecido pelos cuidadores desses pacientes, a fim de qualificar a relação terapêutica na medida em que, ao considerá-los, o profissional pode aproximar suas recomendações da realidade do paciente, solidarizar-se com suas vivências e, ainda, aperfeiçoar a comunicação profissional / paciente, imprimindo ao seu discurso coerência com a subjetividade de cada caso.

REFERÊNCIAS

- [1] Campos GCA, Souza ATO, Vasconcelos JMB. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. In: Fundamentos teóricos e avaliação de feridas. 2016.
- [2] Oliveira AC, Andrade DF, Almeida JLC, et al. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. Acta Paul Enferm. 2019.
- [3] Turato ER. Treatise on clinical-qualitative research methodology: theoretical-epistemological construction, comparative discussion and application in the health and humanities areas. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2018.

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DE ARBOVIROSIS EN LA ESCUELA BÁSICA COSTA ALEGRE DE LA CIUDAD DE CORONEL OVIEDO, PARAGUAY AÑO 2024

Catalina Elizabeth Segovia Barboza¹
Guiomar Viveros De Cabello
Gloria Sebastiana Gonzalez
Gladys Mercedes Estigarribia Sanabria
Julieta Maria Mendez
Deisy Daniela Galeano

INTRODUCCIÓN

Las arbovirosis constituyen alrededor del 17 % de las enfermedades infecciosas globales y son responsables de más de 700,000 muertes anuales. Factores como la globalización, el cambio climático, la modificación del hábitat de vectores y la migración hacia zonas endémicas contribuyen a su propagación¹.

Las intervenciones educativas desempeñan un papel crucial al crear conciencia sobre medidas preventivas, como eliminar criaderos de mosquitos, usar repelentes y protegerse adecuadamente, lo que puede disminuir la transmisión de enfermedades como dengue, zika y chikungunya². La vigilancia y el control de los vectores son fundamentales para limitar la diseminación de los arbovirus, aunque en Paraguay estos esfuerzos se ven limitados por la disponibilidad de recursos económicos³. Además, la similitud clínica entre dengue, zika y chikungunya durante su fase aguda dificulta un diagnóstico preciso y un manejo adecuado por parte del personal médico⁴.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre prevención de arbovirosis en estudiantes de la Escuela Básica Costa Alegre, Coronel Oviedo, Paraguay durante el año 2024.

Describir los datos demográficos de los estudiantes de la Escuela Costa Alegre de Coronel Oviedo.

Evaluar el nivel de conocimientos y habilidades antes y después de la intervención educativa sobre prevención de arbovirosis.

Comparar los conocimientos y habilidades previos y posteriores a la intervención educativa para determinar su efectividad.

1 Universidad Nacional Del Caaguazu. E-mail: catalinasegovia@fcs.unca.edu.py

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención, de corte transversal, con la participación de 113 estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de la Escuela Básica Costa Alegre, entre los meses de julio y septiembre del año 2024. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario validado en el estudio de Vivas⁵, compuesto por 10 preguntas sobre conocimientos y 6 sobre habilidades, estas últimas evaluadas mediante una escala tipo Likert. La intervención educativa se basó en la cartilla de prevención de arbovirosis de la OPS⁶, y se aplicaron pruebas pre-test y post-test con el fin de medir su impacto. Los datos fueron analizados con el software estadístico Stata 16.0, utilizando las pruebas de McNemar y Wilcoxon para identificar diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención.

RESULTADOS

El estudio fue realizado con 113 estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado, con una edad promedio de 11 años, siendo el quinto grado el curso con mayor participación. La distribución por sexo fue equilibrada, con un 51% de varones y 49% de mujeres. Antes de la intervención educativa, la mayoría de los estudiantes (88%) sabía que la arbovirosis era causada por un virus, aunque solo el 43% reconocía sus síntomas. El 68% identificó correctamente al mosquito *Aedes aegypti* como el vector principal y el 47% sabía que se cría en agua limpia. Tras la intervención, estos conocimientos mejoraron significativamente: el 96% identificó el virus como agente causal, el 95% comprendió que el mosquito se cría en agua limpia, y el 91% reconoció a *Aedes aegypti* como el transmisor. En cuanto a las habilidades, inicialmente el 65% limpiaba el patio diariamente, el 28% usaba repelente y el 59% tapaba los bidones de agua. Luego de la intervención, estos porcentajes aumentaron al 78%, 56% y 72% respectivamente. El nivel de conocimientos también mostró un cambio relevante: en el pretest, el 73% tenía un nivel suficiente, mientras que en el posttest este porcentaje ascendió al 99%. La prueba de McNemar arrojó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$), demostrando un positivo de la intervención en los conocimientos. Por otro lado, en cuanto a las habilidades generales, el 53% mostró un nivel excelente en el pretest, aumentando al 70% en el posttest. La prueba de Wilcoxon evidenció una mejora estadísticamente significativa ($p = 0.05$), confirmando que la intervención educativa también favoreció el desarrollo de habilidades prácticas en los estudiantes.

CONSIDERACIONES

En el estudio participaron un total de 113 estudiantes de la Escuela Costa Alegre, distribuidos equitativamente entre los sexos femenino y masculino, pertenecientes a los grados cuarto, quinto y sexto de las secciones A y B. Las edades oscilaron entre los 9 y 13 años, siendo la edad promedio, la edad de 11 años, especialmente entre los estudiantes del quinto grado. Tras la intervención educativa, se evidenció un aumento significativo en el número de estudiantes con un nivel de conocimiento suficiente, mientras que los niveles de conocimiento insuficiente disminuyeron notablemente. En cuanto a las habilidades, los resultados del pretest mostraron un desempeño relativamente bueno, y tras la intervención se

observó una mejora leve pero significativa. Todas las preguntas del cuestionario presentaron un mayor porcentaje de respuestas correctas en el postest, y este incremento fue estadísticamente significativo, lo que demuestra la efectividad de la intervención educativa en la mejora del conocimiento y las habilidades relacionadas con la prevención de arbovirosis.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmitidas por vectores. Geneva: WHO; 2020. Disponible em: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases.
- (2) Andrade-Ochoa S, Chacón-Vargas KF, Rivera-Chavira BE, Sánchez-Torres LE. Enfermedades transmitidas por vectores y cambio climático. Invest Ciencia. 2017; 25(72):118-128. Disponible em: <https://www.redalyc.org/pdf/674/67453654012.pdf>
- (3) MSPyBS. Unidad Epidemiológica Nacional y Regional. 2024. Disponible em: https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2024/05/SE-17-2024-BoletinEpidemiologico-Semanal_DGVS-1.pdf
- (4) Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave. Datos y cifras. Sitio web mundial. 2022. Disponible em: https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/dengue-fever-a-global-epidemicexplained?gad_source=1&gclid=EAlaIQobChMIgsDejM_ZhgMVajCtBh0HBQatEAAAYASAAEgKdgvD_BwE
- (5) Vivas E; Guevara M; Un juego como estrategia educativa para el control de Aedes aegypti en escolares venezolanos. Girardot, Girardot Venezuela. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8298>
- (6) Cartilla educativa para prevención de arboviroris. Disponible em: <https://www.paho.org/es/documentos/cartilla-educativa-para-prevencion-arboviroris>

EXPERIENCIA DE GESTIÓN PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE GUARDIA EN UN HOSPITAL INTERZONAL (MAR DEL PLATA, ARGENTINA): PRIMERAS APROXIMACIONES

Matías N. Tartara¹

Daniela M. Truchet

Matías N. Maciel

INTRODUCCIÓN

El Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (HIGA) en Mar del Plata atiende a 16 partidos de la Región Sanitaria VIII, cubriendo 1.342.762 habitantes. Como único hospital de Alta Complejidad en la zona, enfrenta mayor demanda en verano, cuando General Pueyrredón recibe 8.600.000 turistas anuales. Su cobertura puede extenderse a nivel provincial, con más de 300 camas y equipos para patologías complejas. En 2015 se sumaron dos UPA, y en 2020, el Hospital Modular N°12 y el Centro Modular Sanitario N°12 para afrontar la pandemia.

La crisis en guardias de hospitales públicos argentinos es un problema recurrente, agravado en contextos de alta demanda (1). La sobrecarga laboral del personal genera agotamiento, ausentismo y riesgos en la seguridad del paciente (2). Bajo este contexto, en 2023, la guardia del HIGA registró 59.937 admisiones, con un aumento del 15,4% en 2024. En abril de 2024, una nueva Dirección interdisciplinaria identificó la crisis por falta de personal e impulsó una gestión participativa, creando una mesa de trabajo con diversos sectores del hospital. Estas acciones buscan optimizar recursos, mejorar la atención y fortalecer el sistema de salud.

OBJETIVO

El objetivo de esta ponencia es describir y analizar la experiencia de gestión participativa impulsada por la nueva dirección del HIGA, con el propósito de optimizar el funcionamiento de la guardia y fortalecer la calidad de la atención.

METODOLOGÍA

Para analizar este problema desde un enfoque teórico-práctico, se aplicó el Método PES (Planificación Estratégica Situacional) de Matus (3), el cual plantea que los problemas deben entenderse en su contexto situacional, considerando las capacidades del sistema y los actores involucrados. Para el desarrollo de este trabajo, se adoptó un enfoque descriptivo basado en la sistematización de la experiencia de gestión participativa implementada en el HIGA en abril de 2024.

1 Hospital Interzonal General de Agudos, Argentina. E-mail: mattartara@gmail.com

Dado el carácter práctico y operativo de esta intervención, no se requirió la aplicación de protocolos éticos formales, ya que el proceso se enmarcó en la mejora interna de un servicio hospitalario sin involucrar investigación con sujetos humanos ni modificación de tratamientos médicos. La metodología incluyó recolección de datos (a partir de revisión de registros hospitalarios como admisión, guardia, reuniones), observación y diálogos con el personal y diagnóstico participativo (mesas interdisciplinarias con médicos, enfermeros y administrativos) para identificar problemas clave.

RESULTADOS

La implementación de mesas de trabajo participativas en el HIGA “Dr. Oscar E. Alende” permitió diagnosticar los principales desafíos del servicio de guardia: sobrecarga laboral, faltantes de insumos esenciales y agotamiento del equipo de salud. Ante esta situación, las autoridades hospitalarias, junto a diversos actores institucionales, diseñaron e implementaron un conjunto articulado de estrategias de reorganización.

Entre las medidas adoptadas, se instauró un sistema de jefaturas médicas rotativas por turnos para distribuir mejor las responsabilidades directivas. A su vez, se reorganizó el equipo de enfermería mediante una asignación más eficiente del personal disponible, priorizando las áreas de mayor demanda. Para mitigar el agotamiento profesional, se establecieron pausas activas programadas y espacios de contención emocional. En cuanto a los insumos médicos, se crearon protocolos estandarizados de reposición y se optimizaron los circuitos internos de distribución, fortaleciendo la articulación entre guardia, farmacia y depósito.

Los resultados, documentados en registros administrativos y actas de reuniones, mostraron mejoras significativas: reducción del ausentismo de enfermería, disminución de los tiempos de espera y uso más racional de insumos. Las evaluaciones del clima laboral evidenciaron mayor satisfacción del equipo de salud.

Este proceso demostró que la participación activa de todos los sectores del hospital fue clave para lograr cambios sostenibles. Como señala Matus (1987), la documentación sistemática mediante registros, actas y reportes de seguimiento permitió evaluar los avances y realizar ajustes oportunos, fortaleciendo la gestión y la transparencia institucional.

CONSIDERACIONES

Desde el enfoque del Método PES, es clave institucionalizar mecanismos participativos y evaluar su impacto a largo plazo. La planificación estratégica situacional permite identificar “nudos críticos” y diseñar intervenciones realistas, ajustadas a los recursos disponibles. La transformación hospitalaria debe basarse en la acción colectiva y la evaluación continua (3).

La experiencia del HIGA muestra que los modelos participativos pueden convertir crisis en oportunidades de mejora sistémica. Superando esquemas jerárquicos, se logró: 1) mayor eficiencia

operativa, 2) mejores condiciones laborales y 3) empoderamiento del personal. La participación, más que una herramienta, se presenta como un componente esencial para la sostenibilidad de la salud pública en contextos de austeridad. Este caso resalta la necesidad de institucionalizar estos procesos y analizar su posible aplicación en otros hospitales, considerando las particularidades de cada organización.

REFERENCIAS

- (1) Maceira D. Crisis hospitalaria y planificación en salud: un análisis del contexto latinoamericano. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Prevención del agotamiento en equipos de salud: buenas prácticas y estrategias. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022.
- (3) Matus C. Planificación estratégica situacional: teoría y práctica. México: Siglo XXI Editores; 1987.

EXPERIÊNCIA DE MULHERES-MÃES-NEGRAS NA RELAÇÃO DE CUIDADO DA SAÚDE DE SEUS FILHOS EM UM AMBULATÓRIO PÚBLICO DA REDE DO SUS

Katiane Alves Fontes dos Santos¹

Claudia Carneiro da Cunha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este resumo é resultado de uma pesquisa que teve como proposta narrar e analisar a experiência de três mulheres-mães-avó-negras que conduzem seus filhos/neto no ambulatório de nutrição da rede pública do SUS, cenário da pesquisa. Estas mulheres representam muitas outras mulheres que passam por aquele serviço, experimentando a sobrecarga do trabalho doméstico, remunerado ou não, e o cuidado com o(s) filho(s) e/ou neto(s), crianças com obesidade, provenientes das camadas populares, moradores de territórios marcados pela violência estrutural e cercados por muitas vulnerabilidades sociais¹. A experiência de atuação como psicóloga e preceptora de estágio de psicologia na Policlínica Piquet Carneiro (PPC/UERJ), campo do estudo, forneceu pistas que foram problematizadas na pesquisa. O conceito de cuidado² é central nesse trabalho, desnaturalizando a sua dimensão generificada que quase que automaticamente impõe às mulheres mães/avós o papel de cuidadoras. O modo histórico de funcionamento do capitalismo reside na exploração de trabalhadores livres. Liberdade essa que tem como resultado assegurar a própria subsistência, assim como assegurar a permanente força de trabalho em mercadoria³.

OBJETIVO

Entender as experiências de mulheres-mães-negras no contexto de cuidado à saúde dos filhos com obesidade. Compreender como se expressam as questões transgeracionais na escuta e acolhimento à mulher-mãe-negra nesse cenário de cuidado; e discutir sobre como é cuidar da saúde dos filhos para essas mulheres que vivem em contextos de violência territorial⁴ e de gênero⁵, racismo e vulnerabilidade social⁶.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo narrativo⁷ como construção, mediação e representação do real no processo de elaboração da experiência social, como um ato relacional que abrange narrador e audiência, no diálogo com mulheres pesquisadoras que colocam a “narrativa no feminino”, mas também de forma racializada⁸, o que significa falar de um lugar localizado. As entrevistas foram operadas como conversações buscando-se preservar os vínculos prévios e criar uma situação de maior horizontalidade na conversa. Foram utilizados mitos⁹ de matriz africana com elementos relativos ao cuidado e ao feminino,

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: katyfontes@hotmail.com

e como disparadores para que estas mulheres pudessem revisitar e narrar as suas próprias histórias, que possuem muitas marcas de violência e vulnerabilidade social, e que atravessam e interpelam no cuidado com a saúde de seus filhos/neto. Pretendeu, com isso, produzir um circuito de dádivas, de dar, receber e retribuir¹⁰. Considerando um diálogo entre o que as minhas interlocutoras trouxeram, a forma como narrei o que disseram, interpretei as narrativas, em diálogo com autoras feministas e negras.

RESULTADOS

Verificou-se que a trajetória da possibilidade ou não do cuidado de si dessas mulheres impacta, diretamente, no cuidado com seus filhos/neto. A sabedoria de vida e da ancestralidade contam mais para elas do que o conhecimento endossado pela ciência. Para as mulheres, o cuidado é estabelecido a partir dos parâmetros de outros cuidados recebidos por suas mães e/ou outras pessoas que fizeram parte desse caminho, assim como ensinamentos passados através da oralidade, seja pela família consanguínea ou por laços de aliança e sociais que foram se construindo ao longo da vida, formando um jeito próprio de maternar. A impossibilidade ou a dificuldade de exercer a maternagem passa por uma fragilidade dos vínculos transgeracionais que deixam marcas no corpo da criança que elas foram um dia. E nos filhos, essa marca transgeracional se expressa, entre outros aspectos, na compulsão alimentar, estando relacionada aos (des)afetos, sobretudo, maternos. Em se tratando de mulheres negras e em situação de pobreza¹¹, o cuidado dos filhos dos patrões aparece em primeiro lugar, sacrificando, em alguma medida, aquele destinado aos seus próprios filhos. A consideração de tais elementos sensíveis no cuidado da obesidade infantil poderão contribuir para a construção de uma clínica genuinamente ampliada. Pretendeu desenvolver uma metodologia que se distanciasse do modelo normativo e verticalizado profissional de saúde/pesquisador versus paciente/sujeito do estudo¹².

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No encontro com essas três mulheres, encontramos histórias que tecem linhas geracionais, com “carregos” da transgeracionalidade, nos fornecendo as marcas da violência estrutural e da vulnerabilidade social e historicamente construídas. Estas linhas vão tecendo corpos marcados por (des)afetos. São mulheres negras que chegam ao serviço de saúde muitas vezes desarvoradas de cansaço, culpa e necessidade de escuta. As histórias por elas narradas dizem dos enredos de muitas mulheres-mães-negras. Mulheres que trazem, muitas vezes, no corpo, uma postura rígida, talvez refletindo as marcas da rigidez e exigências da vida. Mas, que também fizeram desse lugar potência e resistência. Assim, o cansaço e a sobrecarga materna, em especial da mulher negra não deve ser normalizado e naturalizados. Eles refletem, em alguma medida, um processo de construção colonial que ainda hoje faz parte do nosso cenário cotidiano.

REFERÊNCIAS

- (1) Cunha CC et al. O Cuidado da obesidade infantil em contextos de vulnerabilidade social: propostas de uma clínica integral e sensível. In: Renata Meira Veras... [et. al.]. Psicologia e populações vulnerabilizadas. Salvador: EDUFBA; 2024.
- (2) Puig De La Bellacasa, Maria; Boschemeir, Ana Gretel Echazu; Engel, Cintia; Greco, Lucrécia Raquel; Fietz, Helena. O pensamento disruptivo do cuidado. Anuário Antropológico. 2023;48(1).
- (3) Davis A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo; 2016.
- (4) Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
- (5) Hooks B. Ensinando pensamento crítico: sabedoria prática. São Paulo: Elefante; 2020.
- (6) Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 2007.
- (7) Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. Ciência coletiva [Internet]. 2014 Apr;19(4):1065–76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>.
- (8) Ribeiro D. Quem tem medo do feminismo negro?. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
- (9) Prandi R. Mitologia dos Orixás. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
- (10) Mauss M. Ensaio sobre a Dádiva. In: Mauss M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac & Naify,=; 2003.
- (11) Oraka CS et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. Saúde e Sociedade. 2020;29(3).
- (12) Moreira MC. Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde. Rio de Janeiro, RJ. Ciência e saúde coletiva. 2021;26.

EXPERIÊNCIA EXITOSA DE PARCERIA ENTRE UM CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL E UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS

Núria Suiane dos Santos De Sá¹

Júlia Caliocane

Marcela De Abreu Moniz

Bianca Albuquerque Cortes Monteiro

Jane Baptista Quitete, Yonara Cristiane Ribeiro

Aleksandra Victoria Monsores Da Silva

Estela Moura Viana

Jonathan Costa Freire

Luana Zaine Aleixo Silvério

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Mundo contemporâneo, a pandemia de infecção pelo HIV/aids aliada às epidemias de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) persistem como ameaças à Saúde Pública global. O Brasil se destaca por ofertar acesso ao diagnóstico e tratamento gratuito a todos as pessoas que vivem com HIV e demais ISTs pelo Sistema Único de Saúde.¹ Todavia, os desafios de acesso equânime e integral às medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs por toda a população ainda não foram superados e existe uma enorme lacuna nas desigualdades sociais de acesso a estas medidas por alguns grupos vulneráveis no Brasil¹. A integração dos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a integralidade das ações e cuidados em todos os níveis de atenção à saúde conforme a complexidade das necessidades de saúde da população é uma das estratégias fundamentais para reduzir as iniquidades em saúde em relação às IST's. Estratégias eficazes e eficientes dos serviços da RAS e universidades que contribuem para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-estar), 10 (Redução da desigualdades), 16 (Paz, justiça e instituições eficazes) e 17 (Parcerias e meios de implementação) relacionados ao enfrentamento às ISTs devem se tornar visíveis para toda a sociedade.(1-3)

OBJETIVO

O presente relato tem o objetivo de descrever uma experiência exitosa de parceria interinstitucional entre o consultório de enfermagem da Universidade Federal Fluminense e um SAE em IST/aids do município de Rio das Ostras no estado do Rio de Janeiro.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: nuriasuiane@id.uff.br

METODOLOGIA

Trata-se de Relato de Experiência (4) sobre as ações resultantes de uma parceria interinstitucional entre o Consultório de Enfermagem Érick Igor dos Santos da Universidade Federal Fluminense (UFF) e o SAE em IST/Aids do Município de Rio das Ostras no estado do Rio de Janeiro.

O consultório é um laboratório de ensino, pesquisa e extensão e também um serviço de saúde vinculado ao Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras do Instituto de Humanidades e Saúde da UFF. Desde a criação do Consultório em maio de 2017, a parceria entre os serviços foi firmada e tem sido consolidada ao longo destes últimos 09 anos. O SAE oferta Kits dos testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites B e C ao consultório de enfermagem.

Com base nos preceitos de Universidade Promotora da Saúde, a equipe do consultório de Enfermagem desenvolve ações das campanhas de saúde (Outubro Rosa, Outubro verde de combate à sífilis e Dezembro vermelho de Luta contra Aids) e consultas de enfermagem, baseadas em protocolos aprovados e publicados em boletins de serviço da universidade. Desse modo, a equipe de enfermeiras do SAE/ IST recebe os usuários referenciados pelos profissionais do consultório para dar continuidade a assistência à saúde por uma equipe multiprofissional, assistência farmacêutica e suporte psicossocial.

Cabe ressaltar que, a comunicação direta e rápida pelo telefone sempre é realizada entre os enfermeiros dos dois serviços para contato e informação sobre o caso, quando um usuário é encaminhado com a ficha de referência em mãos do consultório para o SAE e caso, este usuário não compareça no mesmo dia ou dentro de 1 semana ao programa especializado, há devolutiva da equipe do programa e haverá busca ativa pelas enfermeiras do consultório de enfermagem. Tal estratégia visa reduzir o abandono do usuário e as distâncias físicas, organizacionais, políticas entre os serviços de diferentes níveis de atenção à saúde em um município.

A experiência mostra-se exitosa em decorrência da colaboração e comunicação eficiente entre as equipes envolvidas no processo de cuidado, especialmente em situações que exigem rápida identificação dos resultados reagentes em testes rápidos realizados no consultório, que são essenciais para qualificar o acompanhamento dos usuários e evitar descontinuidade e fragmentação do cuidado e tratamento. A comunicação eficaz entre equipes de Atenção Básica e de SAE é fundamental para garantir a continuidade e manter a qualidade da assistência prestada ao usuário.(5)

O fortalecimento das ações em conjunto pelos serviços, tal como ocorreu nessa experiência, por campanhas de combate às IST, pode reduzir lacunas que incluem: a eliminação da transmissão vertical da sífilis; o combate à desinformação em saúde, a ampliação ao acesso a informações com ações educativas para elevar a literacia em IST; estimular o comportamento de busca e permanência dos usuários infectados para diagnóstico e tratamento correto, e combater a resistência microbiana. (6)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que, a experiência exitosa de parceria profícua entre o Consultório de Enfermagem Érick Igor dos Santos da UFF e o SAE em IST do município de Rio das Ostras contribui positivamente

para o fortalecimento da RAS no enfrentamento das Infecções sexualmente transmissíveis. Destarte, a experiência evidencia a importância da comunicação eficaz entre os profissionais enfermeiros envolvidos nos processos de cuidados em IST, pois contribui para garantir a resolutividade dos problemas de saúde, a humanização e a integralidade da atenção à saúde. Por fim, a integração serviço-universidade reafirma o compromisso social da Universidade e fortalece estratégias de prevenção e controle das ISTs e acesso equânime à saúde dos usuários do SUS. Outras iniciativas semelhantes podem contribuir para o aprimoramento de respostas eficazes dos serviços de saúde frente aos desafios de controle e eliminação destas infecções em nível local, nacional e global.

REFERÊNCIAS

- (1) UNAIDS. A urgência do agora: a AIDS frente a uma encruzilhada. Brasília, DF; 2024. Disponível em: <https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2024/07/RelatorioGlobalPTBR.pdf>.
- (2) Brasil. Minsitério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde Regulação de Sistemas de Saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf
- (3) Nações Unidas Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. As Nações Unidas no Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/>
- (4) Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*. 2021;17(48):60–77. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010/6134>
- (5) Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface*. 2018;22:1535–47. Doi: [10.1590/1807-57622017.0647](https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647)
- (6) Miranda AE, Freitas FLS, Passos MRL de, Lopez MAA, Pereira GFM, Miranda AE, et al. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021;30(1).Doi:10.1590/S1679-4974202100019.esp1.

EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS: O CASO DA MONITORIA VOLUNTÁRIA NO CURSO FORMASB

Elisete Casotti¹

Maria Eduarda Andrade dos Passos Ramos

Mônica Villela Gouvêa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Desde o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em 2023, a expansão da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) já contabiliza 33.160 equipes no país. [1] A publicação da Lei nº 14.572, de 08 de maio de 2023, que alterou a Lei nº 8.080/90, para incluir a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) formalmente no campo de atuação do SUS convoca todos os entes federativos a criar condições para a sua inserção nos planos de ação dos governos. [2] Uma das estratégias da Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB/MS) foi a oferta do curso FormaSB: Processo de trabalho e implementação municipal da PNSB, com o objetivo de apoiar e qualificar em larga escala municípios de até 30 mil habitantes. O curso, com 60 horas, foi desenvolvido na modalidade online, com momentos síncronos quinzenais mediados por tutoria, abrangendo 3240 cursistas distribuídos em 162 turmas. A monitoria voluntária online, no formato de extensão universitária, foi concebida para apoiar os tutores e os alunos durante os encontros síncronos e atividades assíncronas. De acordo com Moreira, Henriques e Barros, uma sala de aula virtual que carece de interação substantiva é desprovida de presença social e cognitiva, o que a torna ineficaz. [3] Nesse sentido, a inclusão de monitores é muito significativa, pois estimula o engajamento dos cursistas e qualifica a trajetória acadêmica dos estudantes. [4]

OBJETIVO

Descrever a organização da iniciativa da monitoria voluntária; analisar o perfil dos monitores que aderiram ao projeto e apresentar os resultados da avaliação final, realizada pelos monitores, da experiência com o curso FormaSB.

METODOLOGIA

A etapa da organização da iniciativa foi recuperada a partir do relatório do projeto de extensão (SigProj-UFF 401537.2258.124741.15022024), que detalhou o passo-a-passo da estruturação do projeto. A avaliação final com os monitores foi conduzida por meio de formulário online, com coleta prevista no projeto de pesquisa aprovado no CEP da UFMG com CAAE: 78949724.2.0000.5149. O formulário foi estruturado com questões fechadas para as seções de identificação pessoal e institucional; avaliação da experiência como monitor/a na relação com a turma e com o tutor e; com questões quanti-

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: elisotecasotti@id.uff.br

quali para a seção da avaliação final. O link foi enviado a todos os monitores ativos, que ao assinar o TCLE, realizavam o autopreenchimento. Os dados quantitativos foram analisados e apresentados por meio da estatística descritiva e, para as respostas à questão “Destaque dois aprendizados principais, da experiência da monitoria, para a sua formação acadêmica/profissional” foi utilizada a Análise Temática de Braun&Clark.

RESULTADOS

As etapas do projeto incluíram: publicação de edital de seleção; elaboração de estratégias para divulgação; homologação dos candidatos; preparação para a monitoria e avaliação parcial e final das atividades. Se inscreveram 101 alunos, 92 foram homologados e 72 distribuídos nas turmas – o principal motivo de desistência foi a indisponibilidade de carga horária. A formação incluiu a apresentação do curso, do ambiente virtual e da rede de webconferência. As regiões com maior participação foram Nordeste e Sudeste (n=38 cada), com destaque para os estados da Bahia (n=19) e Minas Gerais (n=10). A maioria dos monitores eram do sexo feminino (76%); cursavam graduação (82%) em instituições públicas (54%) e; se autoidentificaram como negros ou pardos (50%). Na avaliação final, 90,8% dos monitores indicaram que as expectativas iniciais foram atendidas; 95,4% e 96,9% concordam que a experiência agregou novos conteúdos e novas perspectivas para a sua formação como profissional de saúde, respectivamente. Os monitores reportaram uma ótima receptividade pelo tutor (89,2%) e pela turma (86,2%). Durante o curso, 72,4% registraram ter participado de discussão sobre como melhor conduzir as etapas do curso. Numa escala de 1 a 5, 93,8% deram notas entre 4 ou 5 para a experiência e 93,8% a indicariam para outro aluno. A análise temática da aprendizagem identificou três temas agregadores em torno da aprendizagem: contato com diferentes realidades (oportunidade de conhecer diferentes visões e dinâmicas de funcionamento do SUS e, capacidade de pensar soluções para problemas singulares); habilidades no manejo das relações interpessoais (comunicação, liderança, trabalho em equipe); desenvolvimento acadêmico/profissional (aumento confiança na teoria e capacidade de mediação didático-pedagógica).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A monitoria voluntária no Curso FormaSB foi uma oportunidade de aliar os componentes do tripé estruturante das universidades brasileiras (ensino, pesquisa e extensão) e oferecer aos estudantes de Odontologia uma experiência de Educação Permanente no SUS. Os resultados dessa iniciativa, que se distingue tanto pela escala como por ter reunido equipes completas de saúde bucal de diferentes municípios num mesmo ambiente de aprendizagem, indicam que as expectativas iniciais dos monitores foram alcançadas e que ocorreram aprendizados complementares ou que reforçaram aqueles oferecidos de forma curricular. Há escassas publicações sobre monitoria em processos educativos em ambientes online com profissionais de serviços de saúde, entretanto os resultados ratificam os estudos que apontam que a monitoria é uma via de mão dupla pois ao mesmo tempo que significa um apoio ao tutor e aos cursistas, é também sinônimo de qualificação do aluno.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. SAGE. Rede de Atenção em Saúde Bucal. Disponível em: <https://novasage.saude.gov.br/politicas-programas-projetos-estrategias-e-acoaes/rede-de-atencao-em-saude-bucal?tab=6666f9f103e1a17b6247f4be>
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal_1edatualimp.pdf
- [3] Moreira JAM, Henriques S, Barros D. Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de pandemia. Dialogia. 2020;34:351–364. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/dialogia/article/view/17123>.
- [4] Júnior JGAS, Pereira NLF, Aquino PEA, Veras HNH. Monitoria acadêmica ead uma nova ferramenta. Rev. Interfaces. 2014. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/46>

EXPERIÊNCIA INTERCULTURAL DE PROCESSOS FORMATIVOS COM AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

Isabela de Moura Serra da Silva¹

Daniela Gomes dos Santos Biscarde

Iane Carine Freitas da Silva

Luana Freire de Jesus

Paula dos Santos Ramos

Távila Aparecida de Assis Guimarães

Thauara Souza Brito Luz

Melissa Almeida Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), criado pela Lei nº 9.836/99, visa garantir atendimento conforme a identidade étnica dos povos indígenas, reconhecendo que o direito à saúde inclui aspectos biopsicossociais.¹ O SASI-SUS estrutura-se em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e Polos Base, que executam ações desde o saneamento até a gestão e promoção do controle social.

Em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com o intuito de garantir acesso e atenção integral à saúde, contemplando a diversidade sociocultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação de fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde.² Para cumprir tal propósito, destaca-se a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que são essenciais na equipe multiprofissional, atuando no exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Destaca-se a importância de ações de educação permanente para AIS, através da continuidade de processos formativos valorizando aspectos interculturais, técnicos e políticos necessário para desenvolvimento e valorização desses profissionais, melhorando seu processo de trabalho.

OBJETIVO

Descrever a experiência de um projeto de extensão desenvolvido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA) em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). O projeto consistiu na realização de Encontros Formativos com Agentes Indígenas de Saúde do DSEI-BA. No presente trabalho, apresentamos a descrição e análise do planejamento e estratégias metodológicas utilizadas, com destaque para relatos dos AIS sobre impactos em seu processo de trabalho.

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: isabelaserra@ufba.br

METODOLOGIA

Os Encontros Formativos com AIS ocorreram em outubro de 2023 e dezembro de 2024, na sede do DSEI-BA, com foco no eixo: “Território, práticas educativas e de cuidado para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial”. As atividades integraram AIS, docentes, discentes e referências técnicas, com o objetivo de aprimorar o trabalho dos AIS nas comunidades, por meio da reflexão crítica e a adaptação às realidades locais. Assim, os encontros foram organizados em três etapas: oficinas presenciais e elaboração de planos de trabalho, período de dispersão para execução em campo e encontro virtual para apresentação das experiências.

A metodologia foi centrada em estratégias participativas, por meio de oficinas com rodas de conversa, dinâmicas, práticas de autocuidado, elaboração de plano de trabalho, troca de experiências, além do uso de variados recursos materiais para impulsionar a construção coletiva do conhecimento, valorizando os diferentes saberes técnico-científico e ancestral.

RESULTADOS

Cada encontro formativo foi composto por uma turma de vinte AIS, representando onze etnias: Pataxó, Pataxó Hã Hã Hãe, Tupinambá, Kiriri, Tumbalalá, Tuxá, Kantaruré, Kaimbé, Kiriri do Cru, Atikum e Kariri Xocó. Um dos princípios norteadores do curso foi a valorização de saberes e práticas ancestrais em diálogo com o conhecimento técnico-científico. Nesse contexto, o Toré—ritual sagrado que une música e religiosidade—aproximou os participantes com a rica cultura indígena. É importante ressaltar que é com a valorização do saber popular e do saber científico dos diferentes atores sociais que, cotidianamente, devem ser efetivadas as ações e os serviços de saúde.³

Um dos principais destaques do curso foi o espaço de troca de conhecimentos, no qual os AIS compartilharam suas vivências, desafios e o papel do cuidado ancestral nas relações com a comunidade. Esses espaços de diálogo evidenciaram que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.⁴ Os encontros também incentivaram a criação de planos de ação para atividades de educação em saúde nas aldeias.

A avaliação dos encontros foi altamente positiva por AIS, referências técnicas do DSEI, docentes e discentes, destacando seu papel no aprimoramento do conhecimento e na qualificação do cuidado. Relatos evidenciaram a importância do trabalho dos AIS, com valorização da escuta, construção coletiva e a visita domiciliar, como importante mecanismo de fortalecimento do vínculo entre AIS e paciente, promovendo um cuidado humanizado. Afinal, é por meio do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários constroem, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde-doença.⁵

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este trabalho destaca a importância dos Encontros Formativos no fortalecimento da atuação dos AIS, valorizando saberes tradicionais, trocas de experiências e a confluência de diferentes práticas

no processo saúde-doença-cuidado sob a ótica da interculturalidade. Com isso, os AIS tornaram-se mais confiantes e atualizados para atuar em seus territórios, adaptando-se às necessidades de saúde da comunidade.

A metodologia participativa favoreceu um ambiente de aprendizado enriquecedor, com impactos positivos no processo de trabalho e na qualidade do cuidado oferecido às comunidades indígenas. Ressalta-se a relevância da colaboração interinstitucional entre a universidade e a gestão do DSEI-BA para a concretização do curso. Diante disso, este trabalho pode estimular o desenvolvimento de novas ações de educação permanente voltadas para formação técnica dos AIS.

REFERÊNCIAS

- [1] Moraes J, Rigoldi V. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi): uma análise histórica de sua construção normativa. *Revista Paradigma* [Internet] 2023. Acesso em 8 de maio de 2025; 32(2):40-56. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/2046>.
- [2] Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.–2ª edição– Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40 p.
- [3] Biscarde D, Pereira-Santos M, Silva L. 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. *Revista Interface* [Internet] 2014. Acesso em 7 de maio de 2025; 18(48):177-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>.
- [4] Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 144p.
- [5] Alves V. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface* [Internet] 2005. Acesso em 8 de maio de 2025; 9 (16), 39-52. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/39-52/pt>

FADIGA PELA ASSISTÊNCIA EM EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA: A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO MENTAL PARA TRABALHADORES DO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA (DEMSP)

Marcos Gabriel de Oliveira Fernandes¹

Taynná Vernalha Rocha Almeida

Vinícius de Souza Casaroto

Maiara Almeida Maia

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A fadiga pode ser entendida como o esgotamento físico e mental grave e crônico, se difere do cansaço e da desmotivação por não ser atribuído a um exercício físico [1]. Sua causa é multifatorial e pode ser encontrada em trabalhadores da preparação e resposta que atuam em situações de Emergência em Saúde Pública (ESP) decorrente da exposição prolongada a cenários de alta demanda e sofrimento humano.

No contexto brasileiro, um dos departamentos a nível ministerial responsável pela atuação direta em diversas tipologias de ESP é o DESMP, atuando na coordenação de preparação, vigilância e resposta. Diante da complexidade inerente a estes eventos, os profissionais envolvidos podem estar expostos a condições de trabalho desafiadoras que tem o potencial de comprometer sua saúde mental.

Trabalhadores do SUS que atuam com emergências enfrentam desafios significativos como estresse crônico, exaustão física e emocional e exposição a eventos traumáticos [2]. Tais fatores podem levar a difusão de transtornos mentais como ansiedade, depressão impactando o bem-estar individual, e a qualidade da resposta às emergências. A desatenção quanto ao impacto emocional dessa realidade pode comprometer a qualidade do cuidado prestado e a própria saúde dos profissionais. Diante disto, surge como atribuição da coordenação de resposta uma demanda de acolhimento emocional aos profissionais que atuam em ESP.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo introduzir a discussão sobre a importância do cuidado mental para trabalhadores do SUS e apresentar iniciativas adotadas pelo DEMSP para o suporte e acolhimento psicoemocional de seus trabalhadores.

METODOLOGIA

A metodologia adotada consiste em um estudo descritivo com abordagem analítico-reflexiva, fundamentado na sistematização das experiências desenvolvidas no âmbito do DEMSP no período de

¹ Departamento de Saúde Coletiva (DESCOL), Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva (EENFSC) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: roberta_fdacosta@yahoo.com.br

tempo 01 de 04 até 25 de 07 de 2025. Esse método busca descrever as práticas de cuidado psicoemocional a partir da observação direta das atividades realizadas, análise de registros institucionais e relatos dos próprios trabalhadores envolvidos nas ações. Como base foram utilizados registros de atividades (atas, relatórios internos, roteiros das rodas de conversa) e relatos de experiências compartilhados nas atividades em grupo e acolhimentos individuais. Foram consideradas atividades como rodas de conversa de até seis membros, acolhimentos individuais e produção de materiais educativos, tendo como foco a construção de espaços de escuta, acolhimento e suporte emocional no ambiente de trabalho. A abordagem analítico-reflexiva foi escolhida devido a possibilidade de identificação dos desafios, potencialidades e limites das estratégias implementadas, além de promover um exercício crítico sobre os aprendizados institucionais.

RESULTADOS

As ações de cuidado psicoemocional desenvolvidas no âmbito do DEMPS evidenciam um cenário de desgaste emocional relevante entre trabalhadores do SUS atuantes em emergências. Nas rodas de conversa, surgem relatos de exaustão, ansiedade, sobrecarga e alta exposição ao sofrimento alheio — características associadas à fadiga por compaixão. A baixa adesão inicial às atividades em grupo aponta não só dificuldades logísticas, mas também barreiras institucionais e culturais, como carga excessiva de trabalho, deslocamentos imprevistos e receio de exposição no ambiente profissional. Tais barreiras podem dificultar adesão ao processo de autocuidado.

Apesar dos entraves, os espaços de escuta coletiva vêm demonstrando potencial na validação dos sentimentos, no estímulo ao autocuidado e no fortalecimento dos vínculos entre pares. A inserção gradual da temática da saúde mental nas rotinas das equipes contribui para romper o estigma em torno do sofrimento psíquico e ampliar o reconhecimento da importância do cuidado institucional com quem cuida.

A proposta de cuidado ampliado, conforme Lancetti [3], oferece base teórica para reconhecer o trabalhador não apenas como executor de tarefas, mas como sujeito implicado, cuja saúde mental está ligada a vínculos e escuta. A experiência do DEMPS aponta que é possível criar dispositivos coletivos que promovam suporte emocional e resiliência. Ainda em fase inicial, essas ações reforçam o alerta da OMS [4] sobre a necessidade de respostas institucionais precoces e estruturadas para proteger a saúde mental de quem atua na linha de frente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A sobrecarga emocional enfrentada pelos profissionais do SUS em emergências de saúde pública exige atenção e ações concretas para a promoção do bem-estar psíquico. A institucionalização de políticas de cuidado mental é essencial para garantir a saúde dos trabalhadores e a qualidade dos serviços prestados à população. Dessa forma, recomenda-se a ampliação das estratégias de suporte psicoemocional no SUS, como possibilidade de atendimento remoto, garantindo um ambiente mais

sustentável e humanizado para seus profissionais. Ainda é necessário mais investigações e investimentos para a superação de barreiras culturais e institucionais acerca do cuidado em saúde mental no trabalho. É recomendado a continuidade das ações promovidas pelo DEMSP. É sugerido também avaliações periódicas dos efeitos dos serviços de acolhimento através de escalas de ansiedade, estresse.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira JRS, Viganó MG, Lunardelli MCF, Canêo LC, Goulart Júnior E. Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? *Psicol Estud.* 2010 Sep;15(3):633–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/mz4KZ9bD4ghKmMQjyxfVdBJ>
- [2] Moretto MLT, Souza MR, Cardoso C, Dias RS. “Cuidando de quem cuida”: assistência psicológica ao trabalhador da saúde. *Psicol Hosp.* 2013 Jan;11(1):52–65.
- [3] Lancetti A. *Clínica peripatética*. 2, ed. São Paulo: Hucitec; 2009.
- [4] World Health Organization. Mental health and psychosocial well-being among frontline workers responding to emergencies. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/>

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA PRÉ-ECLÂMPsia EM GESTANTES-UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Izabela da Silva Pinheiro¹

Selma Villas Boas Teixeira

Luíza Pereira Maia de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva caracterizada por hipertensão arterial associada ou não à proteinúria e/ou lesão de órgão alvo, em gestantes após a 20ª semana de gestação, previamente normotensas¹. Sua incidência no mundo varia de 1,2% a 4,2%. No Brasil, trata-se da principal causa de morte materna com incidência de 7,5%. Devido à sua etiologia exata, ainda desconhecida, a prevenção torna-se um desafio aos profissionais de saúde². Contudo, sabe-se que a identificação precoce dos fatores de risco é de grande importância para evitar as formas graves da doença, tendo como consequência o parto prematuro, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta, entre outros³. Sendo assim, o diagnóstico precoce, o manejo adequado, além do olhar sensível e cuidadoso são essenciais para reduzir os efeitos adversos e melhorar os desfechos materno-fetais.

OBJETIVO

Mapear as produções científicas sobre os fatores que favorecem o desenvolvimento da pré-eclâmpsia em gestantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo tipo revisão integrativa⁴. Para o levantamento dos artigos de literatura, realizou-se uma busca na Biblioteca Virtual de saúde (BVS) através da BDENF, LILACS e MEDLINE. Foram utilizados, para busca de artigos, os seguintes descritores e suas combinações utilizando o operador booleano “AND”: Gestantes, fatores de risco e pré-eclâmpsia. O recorte temporal foi do ano de 2020 a 2025. Para organizar a amostra do estudo estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão: texto completo, estudos com idioma inglês, espanhol e português; pesquisas originais, ensaios teóricos (ou reflexões teóricas) e como critério de Exclusão: revisões, editoriais, protocolos, resenhas, cartas, estudos de caso, trabalhos de conclusão de curso de graduação, dissertações e teses, trabalhos de conclusão de curso de especialização, livros e documentos, relatos de experiência e que não respondem a pergunta de pesquisa: “Quais fatores favoreceram para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia na gestação?”. Após leitura dos títulos, resumos e artigos, 5 estudos compuseram a revisão integrativa.

1

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: izabelapinheiro@edu.unirio.br

RESULTADOS

Foi evidenciado que a maioria das mulheres gestantes com pré-eclâmpsia (PE) apresentava outra comorbidade associada. No que tange ao tipo de estudo, quatro são quantitativos e um trata-se de ensaio clínico randomizado. Quanto à área acadêmica dos autores dos estudos, dois pertencem à medicina e três à área de enfermagem, já que na prática esses profissionais atuam mais ativamente no diagnóstico, prevenção e cuidados com essa mulher. Quanto aos países dos estudos, a maioria aconteceu no Brasil, sendo um em Portugal e outro na Colômbia. Tal fato pode estar associado aos altos índices da pré-eclâmpsia no país, além de ser a principal causa de morte materna². Os estudos mostraram a idade materna avançada como um fator de risco importante^{5,6}. Contrapondo esses resultados, estudo realizado na Colômbia trouxe achados diferentes dos já descritos na literatura, onde o fator de risco principal foi a multiparidade, seguido do baixo e médio nível socioeconômico, hipotireoidismo, obesidade, hipertensão arterial crônica, antecedentes pessoais e familiares de PE⁷. Tais achados corroboram com diversos outros estudos, manuais e protocolos sobre PE^{1-3,5}. Fato que reforça a relevância de investir também em estudos qualitativos que favoreçam a compreensão subjetiva do fenômeno da pré-eclâmpsia e o contexto social do indivíduo acometido. Estudo mostrou a importância da suplementação de cálcio em gestantes com hipertensão para prevenção da PE, visto que estudos mostram a hipertensão e outras comorbidades como fator de risco⁸. Atualmente, o Ministério da Saúde estabelece a suplementação de cálcio para todas as gestantes, com objetivo de fortalecer a Rede Alynne na redução da mortalidade materna⁹.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados oportunizaram as pesquisadoras a conhecerem os principais achados na literatura científica sobre a temática. Contudo, observamos que a maioria dos estudos se atém aos fatores associados às outras comorbidades, antecedentes familiares e pessoais, deixando de lado aspectos biopsicossociais que cercam essa mulher gestante. Outro ponto que merece destaque é a escassez de estudos nacionais e internacionais que abordam o desenvolvimento da PE. Neste sentido acreditamos que pesquisas aprofundando no ambiente em que essa mulher está inserida devam ser realizadas para maior clareza da situação de saúde desta população, e assim, traçar e reforçar estratégias para prevenção da pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
- (2) Korkes HA, Ramos JGL, Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. Pré-eclâmpsia – Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG); 2025.
- (3) Nascimento Cassiano A et al. Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal. Online Braz J Nurs. 2019;18(4).

- (4) Souza MTD, Silva MDD, Carvalho RD. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8:102–6.
- (5) Nunes JS, Ladeiras R, Machado L, Coelho D, Duarte C, Furtado JM. The influence of preeclampsia, advanced maternal age and maternal obesity in neonatal outcomes among women with gestational diabetes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(10):607–13.
- (6) Aldrighi JD, Ribeiro SS, Chemim AK, Wall ML, Zuge SS, Piler AA. Ocorrência de complicações no período gestacional em mulheres com idade materna avançada. Rev Baiana Enferm. 2021;35:e43083.
- (7) Romero XC, Montserrat U, Porras-Ramírez A, Eslava M, Ramírez A, Franco SR, Forero CA. Características epidemiológicas dos distúrbios hipertensivos durante a gravidez em população de alto risco. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2022;22(3):497–505.
- (8) Pitilin EDB, Bagatini MD, Gasparin VA, Oliveira PP, Lentsck MH, Baratieri T, Schirmer J. Efeitos da suplementação do cálcio sobre marcadores da pré-eclâmpsia: ensaio clínico randomizado. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE01622.
- (9) Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS–Recomendações para a suplementação de cálcio durante a gestação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.

FINITUDE E CUIDADOS PALIATIVOS NA MATRIZ CURRICULAR DO CURSO DE ENFERMAGEM NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO RIO DE JANEIRO

Raquel Coutinho Cruz José¹

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

Antonio Marcos Tosoli Gomes

Lais Vieira de Oliveira Cunha

Ana Clara Sarmento Mendes dos Santos

Emilli Ramos Quintiliano das Neves

Michele da Silva Branco de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O processo de lidar com a morte, o morrer, a dor e o luto, requer preparo e, muitas vezes, o profissional não está preparado para lidar com esse fenômeno. O modelo de atenção à saúde ensinado na graduação baseia-se tão somente na luta contra a morte, focando em prevenção, diagnóstico, tratamento e cura. A morte é um evento cotidiano e que apesar da consciência de sua existência, o morrer não é mais encarado como um processo natural e está rodeado de intervenções. Da mesma forma que a sociedade excluiu a morte do seu cotidiano a tornando distante e asséptica, os profissionais parecem utilizar dessa metodologia se esquivando ainda durante o processo de formação e durante sua prática profissional. Estudos [1-3], trazem à tona a questão do despreparo dos profissionais diante de pacientes fora de possibilidades de cura, tornando o cuidado daqueles que estão em cuidados paliativos um cenário composto por sentimentos de sofrimento, angústia, fracasso e medo. Isso ocorre, pois não houve o mesmo preparo na graduação para lidar com a finitude da mesma forma que são preparados para a manutenção da vida. O ensino sobre os cuidados paliativos e a morte torna-se um desafio ainda maior, pois com frequência os docentes também não se sentem qualificados para discutir sobre o evento em sala de aula ou apreensivos devido ao seu próprio despreparo [1,3].

OBJETIVO

Analisar a inserção da temática sobre o conteúdo de morte e cuidados paliativos na matriz curricular dos cursos de graduação em enfermagem das universidades públicas do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Utilizou-se a técnica de análise documental para analisar as ementas de quatro unidades acadêmicas, disponíveis online, e que oferecem cursos de graduação em Enfermagem. Realizou-se a coleta em janeiro de 2025 com auxílio de um instrumento para identificar o cuidado de enfermagem

diante da finitude/morte/cuidados paliativos nas ementas. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva simples, utilizando planilhas construídas no Excel.

RESULTADOS

O conteúdo das ementas demonstrou a fragilidade curricular no escasso modo de abordar o assunto para algumas universidades. Os cursos de graduação privilegiam muito mais a formação técnico-científica, impessoal e mecanizada, com ênfase nas disciplinas que instrumentalizam o cuidado para a preservação da saúde e cura das doenças, mas pouco respaldo ao cuidado a pessoa que está em cuidados paliativos e vivencia o processo de morte [1,3]. O ensino sobre os cuidados paliativos e a morte durante a graduação é pertinente para auxiliar esse aluno na construção de sua identidade profissional, a fim de que ele conheça e reconheça seu papel social enquanto enfermeiro e parte integrante da equipe de saúde, responsável pela assistência humanizada e integral ao indivíduo e sua família ao longo de todo o ciclo vital. O estudante de enfermagem necessita compreender a morte e não apenas explicá-la e, para apreender este conhecimento, é fundamental que a educação esteja além dos conceitos biológicos e que possibilite ao estudante a reflexão e apropriação maior dos conteúdos da sociologia, antropologia, filosofia e psicologia. Outro aspecto encontrado foi a abordagem dos fenômenos, principalmente da morte, de forma pragmática, sob o ponto de vista científico, com enfoque nos sinais abióticos e técnicas superficiais de preparo do corpo. As questões relacionadas aos sentimentos, emoções e as mudanças que a morte acarreta pouco são abordados.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A humanização da assistência em saúde requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores que norteiam a prática profissional. Sendo assim, faz-se necessário que o discente seja instrumentalizado para que a compreensão dos cuidados paliativos e da morte seja feita de maneira adequada, que faz parte do processo de viver e cabe aos docentes e as instituições de ensino de enfermagem o papel de proporcionar espaços para debate e reflexões, revendo o paradigma instituído sobre as temáticas. É necessário transcender o conhecimento reducionista que fragmenta a morte como o fim de tudo, para alcançar o pensamento que amplie, integre e promova a circularidade dos diferentes eventos da vida, de forma continuada e contínua. Conclui-se que talvez seja por isso que, muitos profissionais se sintam hesitantes e com pouca confiança para abordar os aspectos relacionados a finitude humana, abarcados pela falta de inclusão adequada dessa temática durante o processo de formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

- (1) Bandeira D et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2014; 23(2): 400-7. http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00400.pdf

- (2) Dias MV. et al. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. Rev Gaúcha Enferm. 2014; 35(4): 79-85. <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45177>
- (3) Lima MGR, et al. Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de Formação acadêmica. Rev Rene. 2016; 17(4): 512-9. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4946>

FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE PRINCÍPIOS FORTALECEDORES DA PRODUÇÃO DO TRABALHO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Simone de Pinho Barbosa¹

Bruno Antunes Fianco

Christiane Carvalho Murta Botelho

Daniel Madeira Cardoso

Ellen Cristine Dalpra Lage

Kleber Proietti Andrade

Guilherme Rhis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho cotidiano de equipes de saúde da família de quatro municípios de Minas Gerais, Brasil. Os relatos e as reflexões abordam os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e tiveram como foco a longitudinalidade das ações, o acesso, a reunião de equipe, o agendamento, a integralidade, a coordenação do cuidado, a relação com a rede de serviços e a visita domiciliar. As equipes de Saúde da Família (eSF) devem responder e corresponder às necessidades da comunidade na qual está inserida, portanto, é preciso pontuar que todas as reflexões são sobre realidades distintas dos serviços que os autores atuam, ancorados pelas literaturas especializadas referentes aos temas abordados. Sendo assim, não existem respostas pré-moldadas que satisfaçam as demandas de todas as ESF; há evidências científicas de caminhos mais efetivos e produtivos, porém cada realidade tem a sua singularidade e cabem reflexões distintas para situações distintas. É necessário que a ESF se apodere de suas rotinas e de suas práticas, tendo mais autonomia na tomada de decisão quanto aos moldes de atendimento e maior tempo dedicado ao planejamento estratégico com vistas a alcançar os princípios e atributos da APS, pois cada equipe conhece seu território e as particularidades de sua comunidade.

OBJETIVO

Compreender e refletir a prática da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos arranjos organizativos garantidores dos princípios e atributos da APS, a partir dos relatos de discentes do curso de mestrado profissional em saúde da família da Universidade Federal de Juiz *campus* Governador Valadares, Minas Gerais, atuantes em equipes de saúde da família.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre narrativas reflexivas acerca dos atributos e princípios da APS, na perspectiva do território, produzidas por seis profissionais atuantes em equipes de saúde

1 Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: simone.pinho@ufjf.br

da família de quatro diferentes municípios do estado de Minas Gerais. O grupo é composto por quatro médicos, uma dentista e uma assistente social, todos mestrands do Programa *Stricto Sensu* de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares junto a uma professora coordenadora da disciplina Atenção Integral em Saúde da Família. A disciplina foi ministrada no período de agosto a dezembro de 2024 e foram realizados diferentes momentos de estudos, debates, reflexões e construção, com o propósito de elevar o valor e a evidência científica. Após uma caminhada construtiva de ensino-aprendizagem com etapas de elaboração, execução e transformação prática das eSF da qual fazem parte os mestrands houve um momento de valorosas reflexões e caminhos exequíveis para o enfrentamento dos problemas comumente vividos no cotidiano das serviços.

RESULTADOS

A eSF se constituem em importante instrumento de acesso, integralidade e longitudinalidade a as ações de promoção da saúde, que carecem de uma abordagem interprofissional e intersetorial, são fundamentais para a transformação das condições de saúde e vida que afetam as população. Sobre acesso, uma das possibilidades que podem ser de grande valia é lançar mão de uma tecnologia de processo interacional de cuidado conhecida como acolhimento, de forma a estimular o trabalho interprofissional e expandir a capacidade resolutiva da equipe (1).

O acolhimento deve compor as relações de cuidado em saúde, sendo importante instrumento de valorização dos anseios do usuário, de fortalecimento de vínculo com a comunidade, de escuta qualificada e de aumento da resolutividade da APS. O ideal é que todas as demandas do dia sejam acolhidas e tenham seu risco classificado, tentando equilibrar as necessidades de acordo com os recursos disponíveis na unidade, afinal, a demanda é diversificada com diferentes necessidades e o trabalho interprofissional é importante nesse sentido. Ao distribuir as demandas entre todos da equipe, conseguimos aliviar a agenda dos profissionais e exercer atividades fortalecedoras dos atributos da APS (2).

Apontaram a realização de reuniões de equipe em caráter semanal como sendo instrumentos valiosos na construção de propostas, alinhamento e incentivo ao trabalho inter-colaborativo. Os nós críticos apresentados pela população e pela equipe podem ser discutidos entre todos os membros, com foco na busca por soluções. O atendimento interprofissional com a equipe e-Multi, e com a saúde bucal se conforma também como estratégia indispensável nos casos mais complexos, propiciando interprofissionalidade a elaboração de propostas de intervenção compartilhada potencializando a respostas as demandas de saúde da população (3,4).

O fortalecimento de toda a rede de atenção à saúde (RAS), com otimização da comunicação e articulação de todos os pontos de atenção em rede, com coordenação do cuidado pela APS favorecem a oferta das ações de saúde e a integralidade. O estabelecimento e a aproximação com lideranças territoriais e com o Conselho Local de Saúde organiza e permite a apresentação das necessidades garantindo espaço de diálogo e reivindicação do direito fundamental à saúde entre população e eSF (1,5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os estudos e as trocas de experiências advindos do decorrer da disciplina evidenciaram que a Estratégia Saúde da Família desempenha importante papel no avanço da produção em saúde tornando o SUS cada vez mais acessível, integral, resolutivo, equânime garantindo assim sua sustentabilidade.

Pontua-se a existência de questões de ordem política e econômica que representam gargalos para desempenho do contingente máximo possível a ser ofertado por uma equipe. É necessária postura crítica-reflexiva ao que pode ser oferecido sem que haja alienação do processo de trabalho e que a população esteja ciente de todas as questões envolvidas. É na APS que o SUS se faz mais próximo, capilarizado, humanístico se tornando cada vez mais resolutivo, cuidando das pessoas onde elas vivem e como elas são. A APS transforma o cuidado em encontro, o território em potência e a escuta em ação, é nela portanto que os princípios do SUS ganham vida.

REFERÊNCIAS

- (1) Souza LEPF, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho N, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(8):2783–92.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).
- (3) Cruz MLS, Carvalho JW, Silva FB, Beteli VC, Lima MF, Oliveira ER, et al. Reunião de Equipe: Uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). *Psicol Rev*. 2008;17(1-2):161–83.
- (4) Oliveira MTP, Farias MR, Vasconcelos MIO, Brandão IR. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: Uma análise dos processos de trabalho. *Physis*. 2022;32(1).
- (5) Bispo Júnior JP, Martins PC. Participação Social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(102):490–503.

FORMAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS SOBRE O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL NO IDOSO

Valeria de Carvalho Araújo Siqueira¹

Andressa Landri Paulino da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A população mundial tem enfrentado um crescente processo de envelhecimento e o Brasil segue essa mesma tendência global. No município de Cuiabá, segundo o Censo de 2022 as pessoas idosas correspondem a 13,13% da população cuiabana (1).

O envelhecimento, aliado a incapacidades, pode favorecer o surgimento da fragilidade, que eleva o risco de desfechos adversos, como quedas, hospitalizações e morte. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada desses indivíduos, promovendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (2).

Diante disso, é essencial que as equipes de saúde identifiquem o nível de dependência dos idosos. Com essa preocupação, o Governo Federal publicou a Portaria nº 635/2023, que destina recursos para as equipes multiprofissionais (eMulti) na APS. Essas equipes atuam de forma integrada, compartilhando responsabilidades com outros setores da Rede de Atenção à Saúde (3).

Para identificar fragilidades, destaca-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional do Idoso (IVCF-20), instrumento prático e eficaz, que classifica os idosos em robustos, em risco de fragilização e frágeis, além disso apoia as equipes na elaboração de estratégias de cuidado. (4) Assim, capacitar os profissionais de saúde para aplicar instrumentos de avaliação multidimensional torna-se fundamental.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência na formação das equipes eMulti para o uso do IVCF-20 no cuidado com a população idosa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O local do estudo foi o município de Cuiabá, do estado de Mato Grosso. O município conta com sete e-Multi, sendo elas: Leste I, II, Oeste I, II, Norte I, Sul I e II. A formação teórico-prática foi conduzida pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase Cardiovascular (PRIMSCAV).

Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico em materiais do Ministério da Saúde, que fundamentou a criação de um manual didático, com ilustrações do Canva®, para capacitação das

equipes. Foi realizado um teste piloto em uma casa terapêutica, com a equipe e-Multi Norte I, para validar o material e padronizar o uso do instrumento IVCF-20.

A formação teórica ocorreu em maio de 2024, na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS), com participação das sete e-Multi do município. A apresentação, abordou o uso do IVCF-20, medições e registros no prontuário eletrônico. A formação prática foi realizada em junho de 2024, em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) beneficente de Cuiabá.

RESULTADOS

O manual educativo foi intitulado como: “Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): Guia para profissionais da Atenção Primária à Saúde”, contém 37 páginas, dividido em 8 seções que foram organizadas de forma a instruir o profissional como deveria ser realizado a avaliação de cada área. O IVCF-20 é composto por 20 questões divididas em oito áreas da saúde do idoso: idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades.

Após a construção do manual identificou-se a necessidade de realizar a qualificação dos profissionais que iriam aplicar o instrumento. Participaram dessa etapa 25 profissionais das sete e-multi do município, sendo eles: geriatra, acupunturista, ginecologista, dermatologista, pediatra; assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, sanitarista.

Todos os profissionais que participaram da formação consideraram o manual fácil de aplicação, contudo, consideraram necessário aprofundar algumas seções para facilitar a aplicação. As e-multi seriam as multiplicadoras das equipes de saúde da família sobre sua responsabilidade e qualificariam os profissionais para a aplicação do instrumento. Até novembro de 2024, 72 de um universo de 136 equipes de saúde da família já haviam sido qualificadas, isso representa em torno de 53% de equipes assistidas pelas e-Multi.

A formação prática ocorreu na ILPI e foi possível aplicar o instrumento IVCF-20 a 96 idosos, as residentes e a e-Multi Norte I foram a responsável por instruir as demais equipes. Ao final, promoveu-se uma discussão para compartilhar experiências, dificuldades e estratégias de adaptação do manual às realidades específicas de cada área de atuação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O processo de formação teórico-prática da equipe multiprofissional para aplicação do IVCF-20 mostrou-se uma estratégia de suma importância para auxiliar na qualificação do atendimento da população idosa vulnerável. Identificar precocemente os possíveis agravos que possam ocorrer devido o declínio funcional permite devolver intervenções direcionadas.

A elaboração do manual com a participação de diversos profissionais contribuiu para destacar a importância de integrar as diferentes áreas de atuação e como no contexto da APS o trabalho multiprofissional contribui para melhorar a assistência prestada aos idosos.

Realizar a prática em uma ILPI, promoveu um aprendizado ativo, onde foi possível identificar quais seções do manual deveriam ter mais atenção, além disso possibilitou a oportunidade de o profissional aplicar o instrumento em contextos reais o que de certa forma enriqueceu a formação. Essa experiência reforça a importância da educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas>.
- (2) Garcia MTA. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2496. Doi:10.5712/rbmfc15(42)2496
- (3) 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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>
- (4) Freitas FFQ; Soares SM. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos. *Rev Rene*. 2019;20:e39746. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/41810>

FORMAÇÃO SOBRE O USO DO NOME SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA O ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO TRANSEXUAL E TRAVESTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Manoel Louzado Barreto Neto¹

Maria Carolina Oliveira Santos

Brenno Jesus Pereira Rabello

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Clara Aleida Prada Sanabria

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A inclusão de pessoas trans e travestis no Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para garantir a universalidade e a equidade no acesso à saúde¹. A utilização do nome social no atendimento médico é uma estratégia de respeito à identidade de gênero, além de ser uma medida crucial para reduzir o preconceito institucional². A comunidade trans e travesti enfrenta barreiras no acesso aos serviços de saúde, incluindo o constrangimento e o estigma devido ao uso do nome de nascimento, muitas vezes incompatível com sua identidade de gênero. Essa exclusão, muitas vezes, resulta em evasão do atendimento da rede de atenção do cuidado, comprometendo a saúde dessas populações e ampliando suas vulnerabilidades³. Portanto, realizar ações de educação permanente sobre o uso do nome social na Atenção Primária à Saúde (APS) é um passo importante para garantir o acesso efetivo aos cuidados de saúde e promover o acolhimento e o respeito.

OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de medicina realizando ações formativas sobre o uso do nome social e outros temas relacionados à população LGBTQIAPN+, contribuindo para a educação permanente dos profissionais da APS, visando a inclusão e o acolhimento da população transexual e travesti.

METODOLOGIA

As ações realizadas fazem parte de um projeto de extensão proposto por doze estudantes de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana. Com a aprovação do setor de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde, o projeto envolve a participação de professores e profissionais especializados para capacitar e sensibilizar os estudantes envolvidos. O conteúdo das capacitações e oficinas incluiu temas como identidade de gênero, orientação sexual, transexualidade, humanização, acolhimento, nome social e serviços oferecidos no município. Posteriormente, trios de estudantes e um professor realizaram três oficinas em cada Unidade de Saúde da Família (USF),

1 Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: manoellouzados@gmail.com

com metodologias de aprendizagem diferentes. A primeira foi uma oficina expositiva, já a segunda foi um jogo com perguntas para reforçar os conhecimentos apresentados. Na terceira atividade, uma dinâmica promoveu empatia, colocando os profissionais em situações vividas pela população trans. Um formulário é aplicado antes e após as atividades para avaliar o conhecimento e a eficácia das oficinas. Até o momento as ações do projeto foram realizadas em quatro USFs e participaram 67 trabalhadores da APS.

RESULTADOS

As ações deste projeto de extensão nas USFs que já foram realizadas revelaram tanto pontos positivos quanto desafios. Os pontos positivos observados foram: boa receptividade à proposta nas oficinas expositivas, com os profissionais demonstrando disposição para adotar o nome social no atendimento, além de se mostrarem sinceros em relação aos seus preconceitos e abertos à reflexão sobre o tema. As dinâmicas de grupo ajudaram a entender melhor o raciocínio dos participantes, o que favoreceu o aprendizado e a explicação do conteúdo. Também houve uma sensibilização para entender e aplicar os conceitos abordados, o que poderá contribuir para o acolhimento da população trans e travesti nas USFs. Uma prova disso foi o relato de que, em uma das unidades, havia acabado de ser contratada uma pessoa que estava se descobrindo trans. Após a oficina, os profissionais de saúde se aproximaram dessa pessoa e, demonstrando o aprendizado adquirido, perguntaram como ela gostaria de ser chamada, com o intuito de respeitar seu nome social e garantir que fosse tratada da forma que preferisse. Esse momento evidenciou uma mudança de atitude e uma maior empatia dos profissionais, bem como um impacto positivo do projeto extensionista. Entre os desafios, destacou-se a resistência ao tema, visto como tabu por alguns profissionais, o que dificultou o engajamento nas atividades em algumas unidades. Além disso, os conflitos internos das equipes de saúde devido à falta de comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde impediu a participação dos Agentes Comunitários de Saúde em algumas oficinas. Por fim, comunicar o conteúdo de maneira acessível também se mostrou um desafio, levando em conta a diversidade de escolaridade dos profissionais das USFs.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações formativas sobre o uso do nome social na APS demonstraram ser necessárias para a inclusão e o acolhimento da população trans e travesti. Embora existam desafios, como a resistência ao tema e dificuldades de comunicação, os relatos positivos destacaram o impacto das atividades na mudança de atitude dos profissionais de saúde. A boa receptividade à proposta e a disposição para refletir sobre preconceitos indicam que, apesar das barreiras, as ações conseguiram sensibilizar os profissionais sobre a importância de respeitar a identidade de gênero no atendimento. O episódio em que profissionais buscaram respeitar o nome social de uma pessoa em processo de transição reforça a efetividade das ações na promoção do acolhimento e na construção de um ambiente mais inclusivo e humanizado no SUS. A continuidade dessas iniciativas é essencial para garantir a equidade no acesso à saúde para essa população vulnerável.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis*. 2017;27(3):835-846. doi: [10.1590/S0103-73312017000300023](https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300023).
- (2) Ramos LS, Almeida MG, Ramos MVS, et al. A humanização da atenção básica à saúde brasileira no atendimento de travestis e transsexuais: uma revisão narrativa. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;44:e2770. Doi: [10.25248/reas.e2770.2020](https://doi.org/10.25248/reas.e2770.2020).
- (3) Bitencourt KA, Ribeiro LB. População trans na atenção primária: aproximações e distanciamentos. *Rev Gênero*. 2019;20(1):157-170. Doi: [10.22409/rg.v20i1.38496](https://doi.org/10.22409/rg.v20i1.38496)

FORMANDO PARA O SUS - RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CENÁRIO DE PRÁTICA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Lídia da Silva Pereira de Oliveira¹

Ana Laura Brandão

Mirna Barros Teixeira

Patrícia Pássaro da Silva Toledo

Karla Meneses

Cesar Luiz Silva Junior

Isis Botelh

Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato surge da experiência de trabalho da tutoria de campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O programa é desenvolvido há 20 anos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro (MRJ), por meio de aulas presenciais com docentes na ENSP (carga horária teórica) e nos cenários de prática com preceptores e tutor de campo (carga horária prática e teórico-prática).

O programa oferta anualmente 28 vagas distribuídas em 7 categorias profissionais, a saber: enfermagem, odontologia, educação física, psicologia, farmácia, serviço social e nutrição. Os residentes atuam junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, são formadas 4 equipes com 7 residentes em cada uma, sendo 1 residente de cada uma das categorias profissionais supracitadas.

OBJETIVO

Este trabalho visa compartilhar a experiência da elaboração de um itinerário formativo compartilhado, com ênfase na atuação interdisciplinar, em uma equipe de ESF no MRJ.

METODOLOGIA

Durante as reuniões de tutoria que acontecem nos cenários de prática, foi identificada a dificuldade na organização dos processos de trabalho de maneira interdisciplinar, o que acarretava a fragmentação do cuidado. Assim, observou-se que o processo de trabalho da equipe se caracterizava pelo simples agrupamento dos agentes e a justaposição das ações, sem nenhuma característica de interprofissionalidade.

1

E-mail: lidiaspoliveira.5@gmail.com

Para que isso ocorra, é necessário a articulação e a integração das ações, promovendo o borramento dos saberes e práticas entre as diferentes categorias profissionais⁽¹⁾. A partir desta perspectiva, tendo a troca de saberes, a interdisciplinariedade e a integralidade do cuidado como eixo estruturante, o PRMSF desenvolveu diferentes estratégias formativas.

A primeira foi a reformulação da organização curricular, tendo como proposta a elaboração de uma matriz por competências que promoveu a integração entre os componentes teóricos, teórico-práticos e a prática desenvolvida nas unidades de saúde. Cabe destacar que, além das competências técnicas, a nova matriz prevê o desenvolvimento de habilidades e competências atitudinais. O foco não é apenas a formação tecnicista, mas o aprendizado de tecnologias leves⁽²⁾, como o estabelecimento de vínculo entre residentes, profissionais e usuários; a compreensão do território como estrutura de determinação social do processo saúde-doença⁽³⁾; a clínica ampliada⁽⁴⁾; a escuta ativa; dentre outras.

Para o cenário de práticas, a estratégia adotada foi a elaboração compartilhada do itinerário formativo de modo a favorecer o desenvolvimento das competências e habilidades propostas na matriz curricular, direcionando as experiências para o aprendizado e atuação dos residentes de forma interdisciplinar. Para isso, foram realizadas 4 reuniões de tutoria que contaram com a participação da tutora de campo, da preceptora, dos 7 residentes e da equipe de saúde da família.

Na primeira reunião os participantes realizaram a leitura de textos disparadores sobre o processo de trabalho na APS e a interdisciplinariedade.

No segundo encontro os participantes realizaram o levantamento dos problemas identificados no processo de trabalho cotidiano da equipe. Os problemas foram priorizados por meio da Matriz GUT⁽⁵⁾ (acrônimo para gravidade, urgência e tendência), permitindo a identificação dos 3 principais problemas a partir de critérios como a gravidade do problema e a magnitude das consequências para a sociedade; a urgência em resolvê-lo; e a tendência ou potencial de agravamento do problema caso o mesmo não seja resolvido⁽⁵⁾. Na terceira reunião foi elaborado um planejamento das ações que seriam implementadas com foco na interdisciplinariedade. As ações incluíam: atividades de educação permanente; ações de matriciamento; discussão de casos nas reuniões de equipe; elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS); e reorganização da agenda da equipe.

O quarto e último encontro contou com uma avaliação parcial sobre as ações implementadas e sobre os problemas priorizados na primeira reunião.

RESULTADOS

Todos os participantes avaliaram que a elaboração compartilhada do itinerário formativo contribuiu para solução dos problemas priorizados, permitindo a reorganização do processo de trabalho da equipe. Destacaram que os temas abordados nas ações de educação permanente favoreceram as discussões dos casos e a elaboração de PTS que consideravam a atuação interdisciplinar. Desta forma, ações cotidianas como as visitas domiciliares ou grupos de educação em saúde puderam ser conduzidos

por outros profissionais da equipe. Neste sentido, a elaboração do itinerário formativo compartilhado permitiu que competências interdisciplinares fossem incluídas no saber-fazer cotidiano, modificando e permitindo a reorganização do processo de trabalho, que antes estava orientado apenas pelas atribuições específicas de cada categoria profissional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O itinerário formativo elaborado aumentou a integração e autonomia dos profissionais e residentes, qualificando o cuidado em saúde. Os participantes consideraram que a indução promovida nas tutorias fomentou a discussão de estratégias, tendo sido fundamental para a mudança de práticas e para a reorganização do processo de trabalho sob a perspectiva da interprofissionalidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&tlng=pt
- [2] Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. Salvador: Edufba; 2009.
- [3] Fleury-Teixeira P. Urna introdução conceitual à determinação social da saúde. Saúde Debate. 2009;33(83):380–7. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800005>
- [4] Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
- [5] Toledo PPS, Oliveira AF, Santos EN. Priorização aplicada ao monitoramento e avaliação em saúde pública. In: Santos EMs, Cardoso GCP, Abreu DMF, organizadores. Monitoramento e Avaliação para Ações de Planejamento e Gestão. Rio de Janeiro: Cdead-Ensp; 2022. Disponível em: <https://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA/temas/tema3.html>

FORTALECENDO A SAÚDE DA MULHER EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ABORDAGEM PEDAGÓGICA DECOLONIAL COM TEAM-BASED LEARNING E ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

Carolina Eiras Pamplona¹
Bruno Alves Brandão
Alessandra Bento Veggi
Raphael Mendonça Guimarães
Cristiane de Oliveira Novaes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação médica contemporânea enfrenta o desafio de preparar profissionais para atuar de forma integral na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no cuidado à saúde da mulher, componente essencial dos sistemas universais (1,2). Modelos de ensino centrados exclusivamente na transmissão biomédica têm falhado em incorporar os determinantes sociais e as desigualdades estruturais que atravessam a vida das mulheres (2,3). Nesse contexto, torna-se urgente adotar abordagens pedagógicas que fortaleçam uma prática clínica orientada pela equidade, interseccionalidade e responsabilidade social (3-5). Este relato descreve uma experiência que articula o ensino médico a uma política do cuidado comprometida com a justiça social, promovendo a formação de profissionais capazes de atuar criticamente nas redes de atenção integral.

OBJETIVO

Apresentar a aplicação integrada do Team-Based Learning (TBL) e da Análise Situacional de Saúde (ASSIS) na disciplina Saúde da Família VI, com foco na formação de médicos comprometidos com uma prática decolonial, que reconheça e enfrente as desigualdades de gênero, raça, classe e território que impactam a saúde das mulheres.

METODOLOGIA

O TBL (Team-Based Learning) foi estruturado em três etapas interconectadas, com o objetivo de promover uma aprendizagem ativa e colaborativa. Na fase de preparação pré-classe, os estudantes receberam materiais de estudo sobre temas relevantes, como a suplementação profilática de ferro durante a gestação, o rastreamento do câncer de mama e a vacinação contra o vírus sincicial respiratório (VSR). Durante a fase de testes, tanto individuais quanto em grupo, foi possível avaliar a compreensão dos conteúdos, ao mesmo tempo em que se estimulava a troca de conhecimentos entre os colegas.

As discussões plenárias, facilitadas pelo docente, desempenharam um papel fundamental na consolidação do aprendizado, proporcionando um espaço para feedbacks individuais e coletivos e

1 Universidade Estácio de Sá. Email: carol.eirasrm@gmail.com

incentivando a reflexão crítica sobre os temas abordados. Complementando o TBL, a ASSIS (Análise de Saúde e Indicadores de Saúde) permitiu uma análise aprofundada e crítica dos indicadores de saúde materno-infantil e da qualidade do pré-natal no Brasil, utilizando dados históricos de 2000 a 2022, o que ofereceu uma perspectiva robusta para o aprimoramento das políticas públicas de saúde.

A adoção do TBL e da ASSIS como metodologias centrais fundamentou-se na necessidade de desenvolver competências clínicas críticas, contextualizadas e voltadas para a transformação das práticas de cuidado. O TBL promoveu aprendizagem ativa e colaborativa, com ênfase na resolução de problemas reais, responsabilização mútua e troca horizontal de saberes, estimulando habilidades como empatia, escuta qualificada e tomada de decisão compartilhada. A abordagem ASSIS complementou esse processo ao possibilitar uma leitura crítica dos indicadores de saúde materno-infantil e da qualidade da atenção pré-natal no Brasil, sob as lentes da equidade e da interseccionalidade.

Temas como a suplementação profilática de ferro na gestação, o rastreamento do câncer de mama e a vacinação contra o vírus sincicial respiratório (VSR) foram analisados de forma integrada aos seus contextos socioterritoriais. A análise situou a prática médica no entrelaçamento entre saberes clínicos e os determinantes sociais da saúde, evidenciando como a desigualdade de acesso e os efeitos da violência de gênero e do racismo institucional impactam o cuidado. A interseccionalidade foi assumida como eixo transversal, permitindo a identificação de padrões de exclusão e vulnerabilidade, além do reconhecimento da saúde como um direito em disputa.

A proposta pedagógica rompeu com o modelo verticalizado e autoritário, reposicionando o professor como mediador e catalisador do pensamento crítico. Ao promover uma política de cuidado de base decolonial, a experiência desafiou as hierarquias tradicionais e fomentou a construção coletiva de soluções para problemas complexos. Essa abordagem ampliou a capacidade dos futuros médicos de atuar em redes de atenção integral, com sensibilidade às realidades locais, aos saberes populares e à diversidade de experiências das mulheres.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A combinação do TBL e da ASSIS no ensino médico revela-se uma estratégia potente para o fortalecimento de modelos de cuidado baseados na equidade e na justiça social. Ao desenvolver competências como análise crítica de dados, comunicação efetiva, raciocínio clínico em equipe e reconhecimento das múltiplas opressões que atravessam o cuidado em saúde, a proposta contribui para a descolonização da prática médica. Essa experiência evidencia que a formação orientada pelos princípios éticos, políticos e organizativos de um sistema de saúde universal exige o rompimento com paradigmas excludentes e a valorização de metodologias pedagógicas que integrem ciência, cultura e território. A formação de profissionais capazes de reconhecer e enfrentar desigualdades estruturais é essencial para consolidar políticas públicas transformadoras, sustentadas por redes de cuidado integradas, democráticas e comprometidas com os direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- (1) Bhandal N, Wilson-Mitchell K. Decolonial, intersectional pedagogies in Canadian Nursing and Medical Education. *Nurs Inq.* 2023;30(4):e12590.
- (2) Nour N, Onchonga D, Neville S *et al.* Integrating the social determinants of health into graduate medical education training: a scoping review. *BMC Med Educ.* 2024;24:565.
- (3) Alizadeh M, Masoomi R, Mafinejad MK *et al.* Team-based learning in health professions education: an umbrella review. *BMC Med Educ.* 2024;24:6147.
- (4) Hsieh JG, Yu JH, Wang YW *et al.* Health literacy training program for community healthcare providers using hybrid online team-based learning in Taiwan. *BMC Med Educ.* 2022;22:576.
- (5) Gard LA, Cooper AJ, Youmans Q *et al.* Identifying and addressing social determinants of health in outpatient practice: results of a program-wide survey of internal and family medicine residents. *BMC Med Educ.* 2020;20:18.

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DAS OFICINAS REGIONAIS DE QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PARAÍBA

Gildlucia Pereira Vieira de Freitas¹

Alana Venceslau Franco

Ana Ruth Barbosa de Sousa

Fernanda Prudêncio da Silva

Gianne de Oliveira Rodrigues

Maria Izabel Ferreira Sarmento

Matheus Spricido

Roseanny Marques de Queiroga

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental na promoção da saúde e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No contexto da assistência pré-natal, a APS assume um papel estratégico ao oferecer cuidado longitudinal, próximo à comunidade e centrado nas pessoas [1]. A qualificação desse cuidado é imprescindível para melhorar os desfechos maternos e neonatais, reduzir a morbimortalidade e garantir os direitos reprodutivos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), enquanto proposta ético-políticopedagógica, emerge como aliada nesse processo, uma vez que promove a reflexão e a transformação das práticas assistenciais, além de incentivar a organização das ações das RAS, em uma perspectiva intersetorial, também no cenário da APS, fortalecendo a integração entre gestão, profissionais, serviços e comunidade [2].

Nesse cenário, as Oficinas Regionais de Qualificação do Pré-Natal conduzidas pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), destacam-se como estratégia estruturante de EPS, com vistas à capacitação de profissionais da APS, contribuindo para a melhoria contínua do cuidado materno-infantil e para a integração dos níveis assistenciais.

OBJETIVO

O presente relato tem por objetivo descrever e compartilhar a experiência da realização das Oficinas Regionais de Qualificação do Pré-Natal no estado da Paraíba, no período de maio a outubro de 2024, destacando sua contribuição para a educação permanente dos profissionais da APS e seus impactos na melhoria da assistência pré-natal.

METODOLOGIA

As Oficinas Regionais de Qualificação do Pré-Natal emergiram de um processo planejado pela equipe técnica da Gerência Operacional de Atenção Básica (GOAB) da SES-PB², em conjunto com o Apoio Institucional da APS, o qual é executado mediante a Rede de Apoio Institucional para qualificação e matriciamento gerencial de trabalhadores e gestores do SUS com foco na regionalização para organização da rede de atenção à saúde (REAP QUALIPB).

A primeira etapa foi marcada pelo Encontro Estadual de Construção Oficinas Regionais de Qualificação do Pré-Natal realizada no mês de maio de 2024, de forma presencial, em João Pessoa-PB. Esse encontro teve como propósito a discussão de temáticas pertinentes à atenção materno-infantil, e sobretudo, à assistência pré-natal, e serviu como subsídio para o planejamento das oficinas regionais a serem realizadas nas regiões de saúde do estado. O evento contou com 133 participantes, incluindo gestores e profissionais da APS, apoiadores institucionais da APS e representantes do COSEMS-PB, que colaboraram na elaboração das estratégias para implementação das oficinas regionais. Considerada como uma etapa preparatória, tal encontro concedeu autonomia para que cada região de saúde estruturasse sua programação conforme suas realidades e necessidades locais, sendo formadas equipes responsáveis por multiplicar as oficinas em suas respectivas regiões.

Desta forma, a partir da condução dessa equipe regional pelos apoiadores institucionais da APS, foram realizadas 18 Oficinas Regionais de Qualificação do Pré-Natal, abrangendo 15 regiões de saúde. As oficinas foram desenvolvidas entre os meses de julho a outubro de 2024, em formatos presencial, remotos ou híbridos, com carga horária variando entre 04h e 16h. As oficinas contaram com a participação de gestores e profissionais da APS e dos serviços da rede materno-infantil. Entre os temas abordados figuraram linha de cuidado materno-infantil, rastreamento e manejo de agravos prevalentes no pré-natal, saúde sexual e reprodutiva, fluxos assistenciais, estratégias para humanização do cuidado, entre outros.

A estrutura e programação das oficinas permearam mesas temáticas, ciclos de palestras, rodas de conversa, painéis de experiências, uso de plataformas interativas, trabalhos em grupo, discussão de casos clínicos e construção de planos de intervenção. As metodologias adotadas privilegiaram a troca de experiências, atividades práticas e construção coletiva de soluções adaptadas à realidade local, com ênfase na aprendizagem significativa e na autonomia dos profissionais. Entre os facilitadores dessas oficinas regionais estavam os próprios profissionais da região. Ao todo, foram capacitados 1.930 profissionais, mediante participação ativa promovendo uma abordagem prática e colaborativa para fortalecer a assistência pré-natal no estado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Foi possível perceber o incremento do movimento de integração de rede materno-infantil nas regiões de saúde, ocorrendo a consolidação de fluxos e fortalecendo a atuação da APS como protagonista na linha de cuidado materno-infantil.

2 Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. E-mail: gildlucivieira@gmail.com

A presente experiência reforça a importância de processos de qualificação dos profissionais de saúde no contexto da rede materno-infantil, e destaca como a realização das Oficinas Regionais de Qualificação do Pré-Natal representou um marco significativo no processo de educação permanente na Paraíba, e consequentemente no aperfeiçoamento da assistência ao pré-natal ofertada nos municípios e regiões de saúde.

Portanto, torna-se essencial a continuidade de estratégias como essa para garantir a atualização dos profissionais, promover espaços de discussão, troca de experiência, promoção da comunicação efetiva entre as redes, além de fortalecer a sensibilização para um cuidado mais humanizado e resolutivo.

REFERÊNCIAS

- (1) Gualhano L; Minayo MCS. A função privilegiada da Atenção Primária na universalização do acesso à saúde. SciELO em Perspectiva. 2024. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2024/08/27/a-funcao-privilegiadada-atencao-primaria-na-universalizacao-do-acesso-a-saude/>.
- (2) Ferreira L et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde debate. 2019;43(120):223-239. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSxrfMZqGt8rNQ/>.

FRAGMENTOS DO CUIDADO: OS DESAFIOS DE CUIDAR ENQUANTO SE VIVE

Ana Beatriz Calazans¹

Eduardo Telles

Gabriella Paiva de Oliveira do Amparo

Marina Barcelos de Oliveira Lopes

Rafael Marques Veloso

Victória Amado Nunes Menezes

Vitória Gonçalves Ferreira Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A depressão é a principal causa de incapacidade no século XXI e impacta de maneira complexa mulheres que, como Thalia (nome fictício), enfrentam a sobreposição de papéis sociais, maternos e afetivos. Este trabalho, desenvolvido no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Macaé (RJ), apresenta a trajetória de Thalia, diagnosticada com depressão severa e ansiedade. A partir da escuta, análise de prontuário, entrevistas e construção de ferramentas como genograma e ecomapa, buscou-se compreender os atravessamentos que influenciam a sua saúde e como isso afeta a sua vida. A experiência revelou que, além dos determinantes clínicos, aspectos subjetivos, sociais, históricos e culturais moldam o sofrimento psíquico de Thalia. Sua vivência expõe o impacto das cobranças maternas, do trauma familiar e da sobrecarga emocional sobre seu território existencial, revelando a urgência de um cuidado integral e humanizado, que considere a singularidade e as potencialidades do indivíduo para além do adoecimento.

OBJETIVO

Analisar os atravessamentos biopsicossociais do processo saúde-doença de Thalia e elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) focado em suas demandas, subjetividades e potencialidades, com o objetivo de ampliar as possibilidades de cuidado em saúde mental a partir de uma abordagem humanizada, interdisciplinar e integrativa.

METODOLOGIA

A elaboração do PTS ocorreu a partir de visitas à ESF, entrevistas presenciais com a usuária, médica e psicólogo, além de tutoriais e rodas de conversa. Utilizaram-se ferramentas como genograma, ecomapa e diário de campo. Thalia consentiu com o uso das informações e com a gravação das entrevistas. A análise de prontuário e a literatura indicaram as bases para as intervenções propostas. As discussões foram construídas coletivamente a partir da perspectiva dos territórios existenciais,

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: rafaelmarquesyy@gmail.com

agenciamentos e capturas, visando um plano de cuidado adaptado à realidade da paciente. O estudo foi realizado no âmbito do projeto “Formando médicos/as pesquisadores/as”, aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer nº 5.527.563.

RESULTADOS

A sobreposição de papéis, as experiências traumáticas no trabalho e a autoimagem atrelada exclusivamente à maternidade atuaram como atravessamentos que agravam o sofrimento psíquico de Thalia. Entre seus sintomas estão crises de ansiedade, insônia, apatia e isolamento social. Apesar disso, Thalia demonstra potencialidades, como o gosto pela leitura e vínculos afetivos preservados com amigas e familiares. O PTS desenvolvido priorizou práticas integrativas como meditação, escrita terapêutica e aromaterapia e rodas de conversa, com foco na ressignificação da maternidade, na promoção do autocuidado e no fortalecimento da autoestima. A construção do genograma e ecomapa permitiu identificar vínculos frágeis e pontos de suporte importantes. A equipe multidisciplinar da UBS Botafogo atuou como elemento facilitador do cuidado. A história de Thalia revelou que o adoecimento é atravessado por aspectos estruturais, culturais e subjetivos, exigindo uma abordagem que vá além da medicalização e adentre aspectos individuais e mais humanizados [1-7].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A trajetória de Thalia evidencia como o sofrimento psíquico é moldado por múltiplos atravessamentos. O PTS permitiu integrar aspectos subjetivos, sociais e clínicos, promovendo um cuidado centrado na pessoa. A valorização do autocuidado, da escuta ativa e das práticas integrativas revelou-se essencial na construção de vínculos terapêuticos e no resgate da autonomia. A história de Thalia representa a de muitas mulheres sobrecarregadas por expectativas sociais e familiares, e reforça a necessidade de políticas públicas que fortaleçam uma atenção básica em saúde mental verdadeiramente integral, intersetorial e humanizada.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: MS; 2006.
- (2) Cruz RM et al. Fractal: Revista de Psicologia. 2018;30.
- (3) OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão é a principal causa de incapacidade. 2017.
- (4) Schwambach J, Queiroz CM. Escrita terapêutica e cuidado em saúde mental. 2023.
- (5) Slomp Junior H, Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Cuidado: clínica, território e gestão. 2022.
- (6) Tonelli MJ. Saúde Mental e as mulheres na Atenção Básica. 2023.
- (7) Wendt NC. Ser mãe e trabalhar: entre a idealização e a realidade. 2012.

GESTÃO EM SAÚDE POR GRADUANDOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA

Stéfani dos Santos Conceição¹

Angélica Mônica Andrade

Iane Rayssa Alves dos Santos

Isabela Tavares Amaral

Ludmila Rodrigues Xavier

Wisley Araújo de Lima Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As práticas gerenciais em saúde compreendem uma gama de ações a serem desenvolvidas, por profissionais da área, com o objetivo de estabelecer um sistema organizacional e eficaz nos serviços de saúde[1]. É de suma importância que essas práticas estejam bem consolidadas para o estabelecimento de uma Rede de Atenção à saúde que efetivamente responda às necessidades de saúde da população, garantindo o cumprimento do princípio da Integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, ao entender o Enfermeiro enquanto articulador no cuidado, é imprescindível a aproximação e sensibilização desse profissional com a temática, ainda mesmo no período da graduação. Diante da complexidade crescente no cenário de saúde brasileiro, faz-se ainda mais necessário a formação de enfermeiros qualificados e atentos à gerência do cuidado e ao cuidar gerenciando.

Vale ressaltar o espaço que enfermeiros ocupam no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde nas diferentes esferas de governo, sendo importante o preparo de acadêmicos para atuação neste campo. A integração entre ensino-serviço-comunidade é uma ferramenta que possibilita este preparo, ampliando a qualidade da formação dos discentes e colaborando para maior qualidade dos serviços[2].

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de graduandos extensionistas ao integrar o projeto de extensão: “Apoio às práticas gerenciais em saúde e enfermagem”.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência elaborado com base nas percepções e vivências debatidas pelos alunos, durante os trabalhos desenvolvidos no projeto de Extensão. As práticas do projeto são desempenhadas pelos autores deste trabalho, por meio de uma parceria de docentes (que orientam as atividades desenvolvidas) e discentes do curso de Enfermagem com os profissionais da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Macaé (que participam do planejamento das atividades e acompanham os extensionistas no cenário das práticas).

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: ssantos25_@hotmail.com

Em Macaé, a coordenação de vigilância em Saúde é responsável por diversas pastas, como por exemplo, Coordenadoria de Imunização, Ciclos de vida, Doenças e Agravos Não transmissíveis, Promoção à Equidade e Vigilância epidemiológica. Essas ações tiveram como referencial metodológico o Arco de Maguerez, que utiliza estratégia de ensino-aprendizagem de forma crítica e reflexiva para pensar a formação de enfermagem, possibilitando traçar um diagnóstico situacional e propor estratégias de intervenção aplicadas à realidade do serviço.

RESULTADOS

Os resultados alcançados na fase de aproximação teórica foi o conhecimento adquirido pelos extensionistas a partir dos seminários apresentados pelos próprios estudantes integrantes do projeto, sendo possível compreender a legislação que ampara a prática do enfermeiro nos processos gerenciais e a influência das teorias administrativas no campo da saúde. Além disso, os extensionistas criaram uma logomarca do projeto baseado na estrutura metodológica “ARCO” utilizada no referencial teórico mencionado e uma conta no Instagram para divulgar as ações do projeto de modo a contribuir para a propagação do conhecimento científico construído, alcançando outros públicos. A etapa de aproximação prática ocorreu no período de setembro a dezembro de 2025, através da vivência dos alunos por um turno semanal no cenário de gestão da coordenação de vigilância em saúde do município (neste período ocupada por uma Enfermeira) de modo a facilitar a apreensão dos reais desafios e necessidades apresentadas neste campo.

Nesse período, os alunos participaram da elaboração de materiais educativos para a população e da construção de boletim epidemiológico com foco na Sífilis, além de conhecerem bancos de dados epidemiológicos municipais, estaduais e federais. A próxima etapa do projeto prevê a construção do diagnóstico situacional que materialize os principais desafios identificados durante a vivência no âmbito da gestão, bem como o desenvolvimento de propostas para solução ou mitigação dos problemas encontrados.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Nessa perspectiva observa-se a importância dessa temática na formação superior em enfermagem para ajudar a traçar novos caminhos na articulação do cuidado em saúde. A compreensão dos processos gerenciais e legislativos da enfermagem, além dos reais desafios postos para o SUS no campo da gestão pública, são essenciais para a formação profissional dos discentes. Além disso, a práxis proposta pelas atividades de extensão universitária contribuem para o cenário local, uma vez que os resultados da experiência geram benefícios para a rede de saúde do município.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos JLG, et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2):257-63. Doi: 10.1590/S0034-71672013000200016.
- (2) Mendes T, Ferreira T, Carvalho Y, Silva L, Souza C, Andrade FB. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2020;29:3. Doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0333.

GESTÃO SUSTENTÁVEL DA FAUNA URBANA: O CONTROLE POPULACIONAL DE CÃES E GATOS EM IPATINGA

Elainize Rodrigues do Santos Oliveira¹

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento

Elisangela Alves Santana

Glauco Cesar Martins

Josiane Marcia de Castro

Walisson Medeiros

Higor Miranda Costa de Aquino

Alana do Carmo Rodrigues

Shara Regina da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A superpopulação de cães e gatos em situação de abandono constitui um problema de relevância para a saúde pública e o bem-estar animal, demandando estratégias eficazes de controle e manejo ⁽¹⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que existam milhões de animais abandonados em centros urbanos ao redor do mundo, contribuindo para a disseminação de zoonoses, como a raiva e a leptospirose, e impactando negativamente a qualidade de vida da população ⁽²⁾. Dessa forma, programas de controle populacional são essenciais para minimizar esses riscos, promovendo um equilíbrio entre a saúde humana, animal e ambiental. Estudos mostram que estratégias de manejo populacional devem incluir não apenas medidas diretas, como a captura e esterilização, mas também a educação da população sobre a posse responsável e o fortalecimento da legislação de proteção animal ⁽¹⁾. Além disso, o controle populacional de cães e gatos desempenha um papel fundamental na formulação e execução de políticas públicas voltadas à saúde coletiva e ao meio ambiente. Municípios que investem em programas contínuos de controle populacional reduzem significativamente a ocorrência de ataques de animais errantes, acidentes de trânsito envolvendo animais soltos e a pressão sobre os serviços públicos de saúde, que frequentemente precisam lidar com casos de mordeduras e transmissão de zoonoses ⁽²⁾.

OBJETIVO

Descrever sobre a implantação do Controle Populacional de Cães e Gatos em Ipatinga, iniciado em 2023, discutindo seus impactos na saúde pública, na segurança e no bem-estar animal. O projeto contribuiu para o aprimoramento das políticas públicas voltadas ao controle populacional de animais, destacando a importância de ações integradas e sustentáveis no enfrentamento dessa questão.

1 Prefeitura Municipal de Ipatinga. Email: nize.arthur@hotmail.com

METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se um diagnóstico situacional da população animal, que totalizaram aproximadamente 20 mil animais, pela equipe saúde única. Foram estabelecidas metas e estratégias de ação, incluindo a criação de centros de acolhimento temporário, aquisição do castramovel, capacitação de equipes para captura e manejo dos animais, definição de critérios para vacinação, esterilização e microchipagem. A captura dos animais utilizou-se métodos humanitários para minimizar o estresse e garantir a segurança dos envolvidos. Após a captura, os animais passaram por triagem clínica e comportamental. Receberam vermífugos, vacinas contra raiva e outras enfermidades de importância epidemiológica. Os indivíduos aptos à esterilização passaram por castração, reduzindo a taxa de reprodução e evitando a perpetuação da superpopulação. A microchipagem permitiu o controle, rastreamento e identificação de animais já atendidos pelo programa, facilitando futuras abordagens de fiscalização e controle populacional. Os considerados saudáveis e socializáveis foram disponibilizados para adoção por meio de campanhas, em parceria com ONGs e voluntários da comunidade. Já os animais com doenças incuráveis, em sofrimento irreversível e sem possibilidade de recuperação, foram submetidos à eutanásia humanitária, seguindo as diretrizes do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) e normas de bem-estar animal. A análise dos dados referentes aos anos de 2023 e 2024 revela avanços significativos no controle populacional de cães e gatos no município de Ipatinga. O número de animais adotados aumentou de 38 para 77 no caso dos cães e, embora tenha havido uma redução nas adoções de gatos (de 143 para 98), a taxa geral de reintegração animal continua expressiva. O aumento do número de animais castrados, especialmente entre os gatos (de 1.277 para 2.637), reforça o impacto do programa na redução da reprodução descontrolada. A aplicação da vacina antirrábica sofreu uma redução de 16.940 para 12.003 doses, possivelmente refletindo uma cobertura vacinal mais abrangente nos anos anteriores. No monitoramento da leishmaniose visceral canina, os testes rápidos realizados caíram de 4.127 para 3.087, enquanto os resultados reagentes aumentaram de 1.072 para 1.170, destacando a necessidade contínua de vigilância epidemiológica e controle da doença. A eutanásia teve um aumento de 338 para 380 casos, reforçando o compromisso do projeto com o bem-estar animal e a segurança da comunidade. Os dados sobre agravos humanos reforçam os impactos positivos do programa. Os casos de Leishmaniose Visceral Humana (LVH) reduziram de 6 em 2023 para 1 em 2024, evidenciando o controle da transmissão da doença. Já os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) apresentaram uma leve redução, de 21 para 18 no mesmo período, indicando a necessidade de monitoramento contínuo e ações preventivas. A principal fonte de financiamento do projeto é o orçamento da Prefeitura e emendas parlamentares.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Projeto de Controle Populacional de Cães e Gatos em Ipatinga consolidou-se como uma estratégia essencial para a saúde pública, o bem-estar animal e a sustentabilidade ambiental. A redução da população de animais errantes, a queda na incidência de zoonoses e o aumento das adoções responsáveis evidenciam o impacto positivo do programa. Além disso, a vacinação, castração

e microchipagem contribuem diretamente para a mitigação de riscos sanitários e para a segurança da população. Os resultados reforçam a necessidade de continuidade e aprimoramento das ações, com maior engajamento da população e fortalecimento das políticas públicas. A intersetorialidade, envolvendo diversos atores sociais, demonstra que o controle populacional de animais é uma questão de saúde coletiva e responsabilidade compartilhada. Dessa forma, o município se posiciona como referência em gestão integrada da saúde animal e humana, promovendo um ambiente mais equilibrado e seguro para todos.

REFERÊNCIAS

- (1) Souza MFA. Controle de populações caninas: considerações técnicas e éticas. Rev. Bras. Direito Anim. 2014;6(8). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/11058>
- (2) Orlandi VT. Da eliminação de animais em centros de controle de zoonoses. Rev. Bras. Direito Anim. 2014;6(8). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/11059>

GRUPO HIPERDIA: ESTRATÉGIA PARA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UM MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS

Patrícia de Araujo Bento Oliveira¹

Alessandra Sales da Costa

Amanda Vieira dos Santos

Claudia Carvalho Respeita da Motta

Lais Silva de Lima

Renata Gonçalves Carvalho

Thayná Carneiro Rodrigues

Viviane de Carvalho Azara Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma preocupação de saúde global, sendo a redução da mortalidade prematura, por essas comorbidades, uma das metas da agenda 2020-2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). [1] Dentre as DCNT de maior prevalência encontram-se o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). [2, 3] Diante disso, ações de promoção em saúde são fundamentais, visando redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida dos indivíduos com essas comorbidades. [4, 5] Dentro desse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Atenção Primária à Saúde (APS) e especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desempenha um papel fundamental, dado seu compromisso com a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em seu conceito mais amplo. [2, 6] O Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2001, em conjunto com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. É um programa nacional de cadastramento e acompanhamento de diabéticos e/ou hipertensos nas Unidades Básicas de Saúde. [7] O Hiperdia é uma poderosa ferramenta de mapeamento de dados, tanto a nível territorial quanto a nível nacional, possibilitando a elaboração de metas e propostas de intervenção direcionadas às necessidades apresentadas. [8]

OBJETIVO

Discorrer acerca da atuação multiprofissional na promoção do cuidado em um Grupo Hiperdia.

METODOLOGIA

Entre abril de 2023 a agosto de 2024, foram realizados encontros semanais com os pacientes hipertensos e diabéticos da Unidade do Vale do Carangola que participaram do Grupo Hiperdia. O

¹ Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. E-mail: patriciabento.enf@gmail.com

grupo é formado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, residentes de nutrição e de enfermagem. A atividade ocorre através de agendamento prévio, é realizada primeiramente a educação em saúde com interatividade coletiva entre os participantes e a equipe, e logo após atendimentos individuais. São abordados temas pertinentes ao Hiperdia além de outros temas que estão relacionados à saúde em sua integralidade. Nos encontros são utilizadas dinâmicas com atividades lúdicas para que sejam incentivadas a participação dos indivíduos efetivamente, valorizando a corresponsabilidade na saúde, e a construção de vínculos. Dentre as dinâmicas, podemos destacar a produção de conhecimento compartilhado através da utilização de jogo da memória, semáforo nutricional, degustação de preparações saudáveis, mural de sentimentos, quiz de verdadeiro ou falso, além de rodas de conversa e distribuição de material educativo.

RESULTADOS

Observa-se um resultado positivo em relação ao acolhimento que os pacientes diabéticos e hipertensos recebem no Grupo Hiperdia, visto que coopera para a viabilidade do acesso, reduzindo as filas de espera voltadas para o atendimento da medicina e da enfermagem. Além de promover os sentimentos de inclusão social, pertencimento e autonomia, ampliando o conceito da corresponsabilidade na saúde e de promoção da saúde, com troca de conhecimentos e de experiências. O trabalho proporcionou, mediante aos relatos dos encontros e das atividades realizadas, a viabilidade do acesso, oportunizando o cuidado de forma integral e longitudinal pela equipe multiprofissional. Acreditamos que as temáticas discutidas coletivamente favoreceram a construção de reflexões sobre o bem-estar e a qualidade de vida, enfatizando a importância dos profissionais da saúde como coautores do cuidado. Ademais, notou-se que os pacientes demonstraram uma maior preocupação com o autocuidado, considerando os encontros como estratégia importante para a manutenção da saúde em seu contexto cultural, social e econômico. Dessa forma, as atividades promovidas pelos grupos contribuíram para que os participantes pudessem adquirir um estilo de vida mais saudável e, desse modo, melhorar a qualidade de vida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As atividades realizadas no Grupo Hiperdia demonstraram um impacto positivo na conscientização sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e promoveram melhorias significativas na qualidade de vida dos participantes. A atuação da equipe multiprofissional, por meio de atividades educativas e dinâmicas interativas, foi fundamental para fortalecer a corresponsabilidade no cuidado à saúde e promover o autocuidado. A integração dos cuidados na Atenção Primária, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporcionou uma abordagem integral, ampliando o acesso e a efetividade dos serviços. Essa experiência também destacou a importância de práticas de saúde contextualizadas à realidade social e cultural dos usuários, fortalecendo os vínculos comunitários e favorecendo o acesso contínuo ao cuidado.

REFERÊNCIAS

- [1] Nações Unidas No Brasil. A Agenda 2030. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- [3] Brandão AA et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J. Bras. Nefrol. 2010;32(1):1-4.
- [4] Sociedade brasileira de diabetes. Diretriz Sociedade Brasileira de Diabetes. 2024. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br>
- [5] Barroso WKS et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União; 2006.
- [7] Dias KCCO et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: Revisão integrativa. Rev Enferm UfpeOnLine. 2014;5(8):1337-1346.
- [8] Carvalho-Filha FSS; Nogueira LT; Viana L. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. Rev Rene. 2012;12:930-936.

GRUPO OPERATIVO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E INTERVENÇÃO NAS CONDIÇÕES DE VIDA DE UM COLETIVO AFROBRASILEIRO DA CIDADE DE SALVADOR

Alessivânia Mota¹

Clemilda Santana

Maria Rita Correia

Neuza Moura

Regina Costa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Centro Interdisciplinar de Estudos Grupais (CIEG), é uma organização da sociedade civil que atua na promoção da saúde psicossocial e inserção ativa e planejada de grupos. Fundamenta-se na teoria e método da Psicologia Social e a Técnica de Grupo Operativo (GO) desenvolvidas por Pichon Riviére e caracteriza-se enquanto um campo do conhecimento que permite produzir reflexões sobre o sujeito e seu comportamento associado ao contexto social e condições de vida, sistemas de vínculos e relações sociais estabelecidas¹. O campo grupal é um espaço de construção e sustentação da subjetividade, onde se podem visualizar, com outros e a partir das experiências compartilhadas, os conflitos, obstáculos e desafios, bem com suas possíveis formas de resolução—capacidade de atuação planejada e ativa à realidade, transformando-a e transformando-se num tempo histórico e em um espaço determinado. Para fins deste relato utilizaremos a descrição e análise da teoria e técnica empregada em um coletivo afro-brasileiro constituído em uma comunidade vulnerabilizada da cidade de Salvador que atua no enfrentamento da exclusão social motivada pelo racismo estrutural, histórico e persistente.

OBJETIVO

Apresentar e discutir as contribuições da técnica de GO como estratégia de produção de cuidado em saúde mental, a partir da experiência de intervenção em um coletivo afrobrasileiro constituído por um grupo de moradores de uma comunidade vulnerabilizada da cidade de Salvador.

METODOLOGIA

A primeira etapa foi a formalização da proposta junto ao coletivo, decorrente de contato das lideranças com o CIEG relatando obstáculos vinculares e de gestão que impediam a realização do propósito organizacional, além de causarem sofrimento entre os integrantes. No segundo momento, analisamos os objetivos e os obstáculos, elaboramos um projeto de intervenção de 30 horas. O projeto contemplava acompanhamento grupal, implementação de um conjunto de atividades de aprendizagem ativa sobre a constituição subjetiva e conduta dos sujeitos—vínculos, papéis, matrizes e obstáculos de

1

E-mail: alessivania@hotmail.com

aprendizagem, coordenação e avaliação grupal bem como a planificação da tarefa proposta pelo grupo – implementação de atividades de geração de renda e manutenção do coletivo. As atividades foram desenvolvidas sob a perspectiva do grupo operativo onde, a partir da tarefa definida – trabalhar os obstáculos vinculares para conseguir implementar o projeto institucional de capacitação e geração de renda–pode-se observar e intervir sobre os obstáculos grupais. Ao final, foi apresentado um relatório de análise do processo grupal e recebido o planejamento da atividade proposta pelo grupo.

RESULTADOS

O coletivo apresentava um alto nível de sofrimento psíquico caracterizado pelas acirradas condições de vida e efeitos das iniquidades sociais², desejo/necessidade de articularem-se para encontrar estratégias de enfrentamento, mas não conseguiam avançar por não conseguirem desenvolver a tarefa em grupo, em virtude dos obstáculos presentes nas relações estabelecidas relacionados. A proposta de intervenção visava, portanto, que os aspectos presentes no campo grupal – constituição sócio cultural de cada integrante, vinculação, pertinência, cooperação, clima grupal, unidade de trabalho, aspectos resistenciais e transferências, estilos de vida, dentre outros–fossem trabalhados, (re) organizados e (re) significados de forma a potencializar as interações e fazê-la eficaz em busca do alcance de objetivos coletivos. Registra-se que a técnica de GO empregada, durante o período de encontro grupal, contribuiu significativamente para que os integrantes resignificassem o pensar, agir e sentir em articulação à tarefa estabelecida (pelo coletivo), reconhecendo em si e no outro as potencialidades e obstáculos presentes nas interações, além de compreender as determinações sociais do contexto e suas formas de enfrentamento. Ao serem estimulados e sustentados a trabalharem, espiraladamente, ou seja, de forma integrada e dentro das possibilidades individuais e grupais, para a superação dos obstáculos psicossociais presentes em si e na relação grupal, além do reconhecimento e proposição de ações de enfrentamento aos efeitos das determinações e iniquidades sociais presentes, destaca-se que o coletivo apresentou uma nova perspectiva de trabalho e ampliação recursiva para manutenção da vida e da saúde mental, com protagonismo, inserção ativa e sustentação propiciada pelo enquadre do GO³.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O campo grupal é um espaço de construção e sustentação da subjetividade, onde se pode visualizar a partir das experiências compartilhadas com os integrantes, os conflitos, obstáculos e desafios, bem como suas formas de resolução. Este dispositivo apresenta relevante capacidade para subsidiar coletivos e organizações sociais acerca da apropriação instrumental da realidade, construção de objetivos coletivos e desenvolvimento de relações horizontalizadas, onde o processo de transformar a realidade não se dissocia da transformação e cuidado de si. Entretanto, enquanto uma prática contra-hegemônica, encontramos limitações e obstáculos materiais e imateriais na implementação dessas propostas e manutenção dos objetivos institucionais, tanto dos coletivos atendidos quanto do próprio CIEG.

REFERÊNCIAS

- (1) Rivière P. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- (2) Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- (3) Buss P et al. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

HIPOTIREOIDISMO ADQUIRIDO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SOBRE TIREOIDITE DE HASHIMOTO

Ana Raquel da Silva Rios Matos¹

Bárbara Fernandes Baraldi

Carina Calió Sanches

Marlon Cosme Gonçalves Ferreira

Naila Albertina de Oliveira

Elizabeth Regina de Melo Cabral

Márcio Cristiano de Melo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Tireoidite de Hashimoto é a principal causa de hipotireoidismo adquirido na infância e adolescência, sendo uma doença autoimune caracterizada pela destruição progressiva da glândula tireoide. Fatores genéticos e epigenéticos, como deficiência de vitamina D e obesidade, podem influenciar sua patogênese, afetando predominantemente meninas e pode se manifestar com retardo no crescimento, fadiga, pele seca, constipação e alterações cognitivas¹. Trata-se de uma doença autoimune que resulta na destruição progressiva da glândula tireoide, frequentemente associada a fatores genéticos e epigenéticos². O quadro clínico é variado e pode incluir retardo no crescimento, fadiga, alterações cognitivas, intolerância ao frio, pele seca e constipação². O diagnóstico baseia-se na dosagem de TSH e T4 livre, além da detecção de anticorpos antitireoidianos e ultrassonografia da tireoide. O tratamento padrão consiste na reposição de levotiroxina, exigindo acompanhamento clínico regular. Embora amplamente estudada, a epidemiologia da doença em crianças e adolescentes no Brasil ainda é pouco explorada. Este estudo visa revisar a literatura sobre a Tireoidite de Hashimoto, abordando sua epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas e manejo terapêutico, além de identificar lacunas no conhecimento atual^{1,2}.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo revisar a literatura sobre a Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes com foco na bibliometria das publicações.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura bibliométrica utilizando as bases LILACS, MEDLINE via PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca incluiu artigos publicados entre 2000 e 2024, disponíveis em língua portuguesa e inglesa. Os descritores utilizados foram “Hipotireoidismo”, “Hashimoto” e “Crianças”. Foram selecionados estudos sobre aspectos epidemiológicos, fatores de

1

Faculdade São Leopoldo Mandic. E-mail: marcio.melo@slmandicararas.edu.br

risco, sintomatologia, diagnóstico e tratamento da doença. Foram excluídos artigos incompletos, teses, dissertações e cartas ao editor. Foi calculada a variação anual percentual das publicações mundiais na série histórica bem como a distribuição geográfica dos trabalhos.

RESULTADOS

A análise temporal da produção científica sobre Tireoidite de Hashimoto demonstra um crescimento expressivo ao longo das últimas décadas. Entre 2000 e 2024, o número de publicações aumentou significativamente, com um Annual Percent Change (APC) de 15,73% (IC 95%: 6,34 – 25,96; $p = 0,0012$), sugerindo um interesse científico crescente na doença. Observa-se uma distribuição assimétrica da produção acadêmica, com uma maior concentração de estudos a partir de 2016, período que compreende mais de 60% das publicações. Os anos de 2023 (10,76%) e 2022 (9,87%) registraram os picos mais elevados de publicações, o que pode refletir avanços nas técnicas diagnósticas, melhor compreensão dos mecanismos imunológicos subjacentes à doença e maior conscientização sobre os impactos da disfunção tireoidiana na infância e adolescência.

Do ponto de vista geográfico, verifica-se um forte viés de concentração da produção científica em países desenvolvidos. Estados Unidos lideram as publicações, correspondendo a 52,47% do total, seguidos pelo Reino Unido (24,22%) e Itália (10,31%). A representatividade da América Latina é limitada, com Argentina (1,79%), Chile (0,90%) e Brasil (0,45%) contribuindo com um número reduzido de estudos. Esse cenário sugere a necessidade de maior investimento em pesquisa na região, considerando que fatores ambientais e genéticos podem influenciar a epidemiologia da doença de maneira diferenciada em populações específicas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A Tireoidite de Hashimoto é uma das principais causas de hipotireoidismo adquirido em crianças e adolescentes, impactando significativamente o crescimento e o desenvolvimento. Fatores genéticos e epigenéticos desempenham um papel fundamental na patogênese da doença, sendo essencial um diagnóstico precoce para minimizar sequelas e garantir um melhor prognóstico. Apesar da disponibilidade de dados internacionais, há uma escassez de estudos epidemiológicos brasileiros sobre a prevalência da doença na população pediátrica, evidenciando a necessidade de pesquisas futuras.

A abordagem da Tireoidite de Hashimoto no contexto de sistemas de saúde universais requer a adoção de princípios éticos, políticos e organizativos que garantam acesso equitativo ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. A construção de modelos assistenciais alinhados a um sistema decolonial de saúde deve considerar a diversidade sociocultural e a inclusão de estratégias voltadas para populações vulneráveis. A implementação de diretrizes clínicas eficazes e políticas públicas voltadas à educação em saúde e à formação de profissionais pode contribuir para um cuidado mais integral e acessível às crianças e adolescentes afetados pela doença.

REFERÊNCIAS

- (1) Setian N. Hipotireoidismo na criança: diagnóstico e tratamento. *Jornal de Pediatria*. 2007;83(5):S209–16.
- (2) Marques DV, Setian N, Passos L, et al. Tireoidite de Hashimoto na Infância e Adolescência: Estudo Retrospectivo de 43 Casos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2002;46(2):150–4.

HOLOCAUSTO BRASILEIRO, ANTIMANICOLONIALIDADE E TENSIONAMENTOS À REFORMA PSIQUIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE SOCIALIZAÇÃO DE TRABALHO EM PPG DE SAÚDE COLETIVA

Cíntia Fernanda dos Santos¹

Jeison Saldanha de Melo

Patrícia Teixeira de Vasconcelos

Priscyla Moraes Ludtke

Sara Calixto de Oliveira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

No Brasil, a história da saúde mental (SM) foi marcada por graves violações de direitos humanos, especialmente por meio dos manicômios, que aprisionavam indivíduos considerados desviantes das normas sociais sob a justificativa de higienização dos espaços públicos. Este relato de experiência analisa um episódio dessa trajetória: o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, onde mais de 60 mil pessoas morreram entre 1930 e 1980, conforme documentado pela jornalista Daniela Arbex (2016) [1]. O ocorrido revelou um sistema político pautado na necropolítica e na violência estatal contra corpos dissidentes, evidenciando uma estrutura social racista, machista, homofóbica e capacitista [2]. No campo da saúde coletiva(SC), a SM ainda é frequentemente invisibilizada. Embora muitos profissionais e estudantes conheçam a Reforma Psiquiátrica, persistem lacunas na abordagem crítica de sua história. Neste contexto, foi proposto uma reflexão sobre a trajetória da SM brasileira a partir da análise teórica do documentário *Holocausto Brasileiro*, debatido na disciplina de Ciências Sociais em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

OBJETIVO

A proposta buscou evidenciar o recorte racial das populações afetadas pelo modelo manicomial, utilizando metodologia ativa e promovendo a construção crítica do conhecimento.

METODOLOGIA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial devem ser analisadas à luz do racismo estrutural, que historicamente marca as relações sociais no país. Esse processo apagou figuras negras importantes, como Dona Ivone Lara, enfermeira e sambista que ressignificou a loucura por meio da arte juntamente com Nise da Silveira, e Frantz Fanon, psiquiatra cujas ideias influenciaram Franco Basaglia na crítica à psiquiatria eurocêntrica.[3] Ao discutir lógicas manicomiais, é essencial reconhecer seu caráter racista. A negação da subjetividade e da humanidade da população negra é um

1 Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: cintia301@gmail.com

legado da lógica colonial, ainda presente nos serviços de saúde mental, como apontam estudos sobre a composição racial dos internamentos — pessoas negras, silenciadas nas estatísticas e narrativas oficiais.

Os manicômios não se restringem a instituições físicas, são também fenômenos sociais. Descolonizar o pensamento é fundamental para transformar subjetividades, instituições e a estrutura social.[4] Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, retrocessos impulsionados por interesses ideológicos e econômicos atingem ainda a Saúde Mental, sendo os mais afetados, negros e pobres. [3] Assim, é urgente articular as lutas antirracistas e antimanicomiais para uma reforma decolonial no contexto de sala de aula.

Na disciplina de Ciências Sociais em Saúde, utilizamos metodologia ativa: mostramos imagens do Hospital Colônia de Barbacena, denominado “Holocausto Brasileiro” por Basaglia, e artes de usuários do CAPSij. Distribuímos frases com dados históricos e falas dos usuários para promover reflexão crítica sobre o racismo estrutural. Encerramos com um debate coletivo sobre teorias decoloniais e a SM, muitas vezes invisibilizadas nos planos de ensino da pós-graduação em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As Políticas e práticas em SM precisam ser compreendidas de forma integrada, considerando aspectos históricos, culturais, econômicos e desigualdades. Este cenário faz refletir sobre a necessidade de fortalecer as políticas públicas e romper com as lógicas coloniais e manicomiais, é imprescindível construir uma abordagem em SM antirracista, na qual o protagonismo dos usuários seja central para combater as desigualdades existentes.

Trazer para o contexto de uma disciplina da pós-graduação em Saúde Coletiva a história da saúde mental brasileira, articulada às questões raciais — frequentemente invisibilizadas na área — foi fundamental para fomentar um pensamento crítico e evidenciar temas essenciais para o campo da Saúde Coletiva.

Com isso evidenciou a importância da Saúde coletiva dialogar com o acúmulo de uma SM antimanicomial, antirracista, ou como Emiliano camargo David nos diz: Uma SM Antimanicolonial.[4]

REFERÊNCIAS

- [1] Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
- [2] Matos-de-Souza R, Medrado AC. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’. Saúde em Debate. 24 de maio de 2021;45:164-77.
- [3] Passos RG. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Argumentum. 23 de dezembro de 2018;10(3):10-23.
- [4] David EC, Vicentin MCG, Schucman LV. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ciência & Saúde Coletiva. 2024;29(3):1-10.

HORTO SUCUPIRA: CULTIVANDO SAÚDE INTEGRAL E CONEXÕES COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Laura Giovanini Lopes¹

Clara Mendes Medeiros

Nathália Souza Martins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Trata-se de um relato de experiência acerca da implantação de um Horto Agroflorestal Medicinal Biodinâmico (HAMB) na Unidade Básica de Saúde nº 02 do Guará/DF (UBS 2 Guará) e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD Guará) do Distrito Federal, enquanto um dispositivo compartilhado de saúde integral e de base comunitária. O HAMB Sucupira, assim afetivamente denominado devido à presença de uma sucupira (*Pterodon emarginatus*) no local escolhido para a implantação, faz parte de uma rede de 30 organismos socioagrícolas, presentes nos três níveis de atenção e na administração central da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

A Rede de Hortos Agroflorestais Medicinais Biodinâmicos (RHAMB), baseada nos princípios da agrofloresta e da agricultura biodinâmica, tem o objetivo de integrar a saúde ao meio ambiente, de modo a fomentar relações humanas cooperativas, participação social, fortalecimento de práticas integrativas em saúde e do saber popular com o uso de plantas medicinais, combate à insegurança alimentar, além de territórios seguros, saudáveis e sustentáveis. E, ainda, colabora para o cultivo de matéria prima para produção de fitoterápicos distribuídos em diferentes unidades de saúde (1). Desse modo, constitui uma política pública de saúde inovadora e potente frente aos atuais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVO

Objetiva-se, com este relato de experiência, descrever a implementação de um Horto Agroflorestal Medicinal Biodinâmico (HAMB) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal, o qual, por sua vez, visa a promoção da integral da saúde em interlocução com o meio ambiente. Pretende-se, desse modo, fomentar discussões sobre práticas inovadoras no âmbito das políticas públicas em saúde.

METODOLOGIA

O relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária, cuja característica principal é a descrição da intervenção. Na construção do estudo, é relevante conter embasamento

1 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: lauragiovaninilopes@gmail.com

científico e reflexão crítica. Tem como finalidade contribuir para o progresso do conhecimento, uma vez que o saber científico contribui na formação do sujeito e a sua propagação está relacionada com a transformação social (2).

A experiência relatada se deu a partir do objetivo em comum de servidores e usuários dos serviços de saúde em implantar um dispositivo comunitário em seu território. Sendo assim, adotou-se uma abordagem participativa. Nesse sentido, o Grupo Movimento a Vida (MAV) promoveu discussões sobre o uso de fitoterápicos, ancestralidade e agroecologia. Caracterizado como um grupo de convivência para mulheres maiores de cinquenta anos, oferece um espaço seguro e acolhedor para fortalecer vínculos sociais e promover a saúde integral. A implantação do HAMB se deu a partir das discussões do grupo, educação popular e educação continuada de servidores.

RESULTADOS

Na fase de preparação, foram realizados encontros do MAV, de servidores e de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fiocruz, a fim de elaborar um plano de ações. Além disso, parte da equipe participou de formações como o curso de horticultor urbano e curso de aperfeiçoamento em Hortos Agroflorestais Medicinais Biodinâmicos oferecidos pela Fiocruz Brasília.

Já a fase de pré-implantação, realizada em fevereiro, foi realizada a preparação do solo, seleção das espécies, obtenção das mudas e ferramentas e definição do roteiro de atividades. Também foram realizadas articulações com parceiros como o Corpo de Bombeiros do Distrito Federal, Administração do Guará, o recebimento de insumos pela Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil (NOVACAP) e pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER).

A implantação oficial do horto ocorreu no fim do mês de fevereiro, com ampla divulgação através de sites oficiais e mídias sociais, realização de roteiro de Práticas Integrativas em Saúde (PIS), apresentações culturais, lanche comunitário e a participação expressiva dos usuários. Para além do nascimento do horto, foi um momento de cooperação e celebração comunitária.

Contudo, cerca de duas semanas após, foi solicitada a retirada e reimplantação do HAMB Sucupira devido ao avanço da construção de um hospital ortopédico nas mediações da unidade. Mesmo diante do desafio do anúncio de uma futura construção no local, o horto segue ativo até o momento, com colheitas registradas já em março e abril do presente ano e diversos relatos de melhoria da qualidade de vida de usuários e servidores, demonstrando o comprometimento com a continuidade do cuidado e cultivo coletivo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O relato evidencia como a participação da comunidade e o uso dos dispositivos do território são essenciais na promoção da saúde na Atenção Primária. A implantação do HAMB se destacou

como estratégia de cuidado que valoriza saberes populares, vínculos e o pertencimento ao território. A vivência permitiu ampliar o olhar sobre a saúde para além da hipermedicalização e da lógica biomédica no cuidado, ambas naturalmente praticadas por alguns profissionais da saúde (3). Ela também promoveu o resgate de sentidos, memórias e modos de cuidar. Muitos usuários, com uso frequente de medicamentos, puderam refletir sobre outras formas de se relacionar com o corpo e o cuidado. A horta também teve efeito positivo entre os trabalhadores, funcionando como espaço de descompressão e fortalecimento da rede. Assim, a prática reafirma a potência de ações que integram natureza, comunidade e saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Trajano M et al Hortos agroflorestais medicinais biodinâmicos: uma contribuição para a atenção primária à saúde. Rev Bras Agroec. 2023;18(5):698-709. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbagroecologia/article/view/51364>.
- (2) Córdula EBL; Nascimento GCC. A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. Rev Educ Pública. 2018;18:1-10. Disponível em: <http://educacaopublica.cecierj.edu.br/revista/?p=42399>.
- (3) Silva FH. Horta terapêutica e saúde bucal: desafios na utilização de plantas medicinais na. Physis. 2020;30(4):e300419. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mFRYFYHVyYFBtYtNvFBMx7s/?lang=pt>.

HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E EDUCAÇÃO POPULAR NO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE BUCAL NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO RIO DE JANEIRO

Kátia Mendes de Souza¹

Maria Isabel Bastos Valente

Natália Araújo Silva Prado

Roberta Costa Jorge

Fabienne Lelis Arruda

Aline Aparecida Galdino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares do Curso de Odontologia propõem que os graduandos em Odontologia tenham uma atuação profissional pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base na promoção da saúde e na integralidade do cuidado. O presente relato se propõe a apresentar a experiência docente interprofissional das Unidades Curriculares de Iniciação à Clínica Odontológica I e II desenvolvida desde 2023, no Curso de Graduação em Odontologia em uma Instituição de Ensino Superior (IES) do Rio de Janeiro. O modelo de atenção à saúde bucal, vivenciada pelos setores público e privado no Brasil privilegiou a prestação de assistência voltada para uma prática curativista, mutiladora e tecnicista. A prevalência de problemas bucais ainda é alta (1). Observamos, portanto, que ainda há o distanciamento de parte da população do cuidado bucal preventivo, terapêutico e reabilitador. As Unidades Curriculares promovem a integração precoce do estudante no Ambulatório Escola (AMBE), que possui cerca de um terço da população do município cadastrada como usuária em seus serviços de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde. A relevância deste trabalho justifica-se pela importância do fortalecimento de espaços dialógicos na produção do cuidado integral em saúde com base na humanização, acolhimento interprofissional e educação popular em saúde (2,3,4).

OBJETIVO

Apresentar a experiência docente interprofissional das Unidades Curriculares de Iniciação à Clínica Odontológica I e II desenvolvida desde 2023 no Curso de Graduação em Odontologia em uma Instituição de Ensino Superior do Rio de Janeiro e suas estratégias para a criação de espaços dialógicos na produção do cuidado integral em saúde com base na humanização, acolhimento interprofissional e educação popular em saúde.

¹ Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: katia.souza@prof.unifase-rj.edu.br

METODOLOGIA

Metodologias ativas de ensino-aprendizagem aulas em formato de Rodas de Conversa; com dinâmicas de integração entre os participantes; construção coletiva com imagens e jogos sobre o conceito ampliado de saúde, educação popular, cultura, promoção da saúde, princípios da matriz curricular do Curso, humanização; utilização de poesias como acolhimento e reflexões; observação participante da Clínica Odontológica, elaboração de relatórios e portfólios em grupos; realização de salas de espera em rodas de conversa e utilização de macromodelos; elaboração de projetos e materiais educativos em saúde; integração com Cariologia e Periodontia; entrevistas e rodas de conversa com usuários e profissionais de saúde. O método de avaliação é formativa com a análise de conteúdo de atividades pontuadas. A equipe de enfermagem está integrada no trabalho com de ações interdisciplinares de promoção da saúde, a apresentação geral do AMBE, da Comissão de Biossegurança, da dinâmica da Central de Material Esterilizado, da atualização vacinal, dos meios de notificação e protocolo em acidentes perfurocortantes e encaminhamento de pacientes com necessidades de atendimento médico.

RESULTADOS

Os estudantes tem demonstrado uma reflexão aprofundada sobre o papel do cirurgião-dentista no modelo de atenção com base no cuidado integral e na promoção da saúde, nos debates em sala de aula, em seus relatos nos portfólios e nos projetos educativos com uma apropriação sobre o conceito ampliado de saúde. Eles têm se aproximado das percepções e das demandas de saúde bucal dos usuários atendidos no AMBE, compreendendo a importância das práticas de acolhimento humanizado e interdisciplinar e da educação em saúde para a satisfação e adesão dos usuários e o sucesso nos planos de tratamento realizados no serviço de saúde. Através de metodologias ativas, no cenário real de aprendizagem, foram abordadas temáticas relacionadas a humanização do cuidado, correlacionando-se com a lógica de desenvolvimento da matriz curricular do Curso; elaboração coletiva do conceito ampliado de saúde; empoderamento dos estudantes, com estímulo à autonomia e participação no processo ensino-aprendizagem; vivência no AMBE como cenário de aprendizagem multiprofissional de atenção à saúde; noções de biossegurança e compromisso ético-profissional; princípios da promoção, educação e comunicação em saúde; escuta da percepção dos usuários em sala de espera; entrevistas com profissionais da Medicina, Odontologia e Enfermagem.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os estudantes têm relatado muita clareza sobre a importância do acolhimento humanizado aos pacientes e da qualidade da comunicação na prevenção das doenças bucais. Eles têm desenvolvido as habilidades de observar a ambiência do atendimento, de ouvir as demandas dos pacientes, de conhecer a dinâmica de ensino e atendimento no AMBE, nos relacionamentos entre professores e estudantes e destes com pacientes e familiares. Compreenderam o papel das auxiliares em saúde bucal, a importância do trabalho interprofissional vivenciado junto à equipe de enfermagem na integração na Comissão de Biossegurança, conhecendo a dinâmica da Central de Material Esterilizado, entendendo

prioridade do esquema vacinal, os meios de notificação e protocolo em acidentes perfurocortantes e encaminhamento de pacientes com necessidades de atendimento médico.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- (2) Valla VV. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EN, organizadores. Participação Popular, Educação e Saúde. Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 1993. P. 87-100.
- (3) Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):16-29.
- (4) Machado T, Toassi W. Práticas de acolhimento em saúde bucal na atenção primária à saúde. In: Bulgarello AF et al, organizadores. Redes de Atenção à Saúde: Práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva. Porto Alegre: REDEUNIDA; 2016.

IMERSÃO NA APS: CONTRIBUIÇÕES DO INTERNATO DE NUTRIÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Kamily Vitória de Souza Kort Kamp¹

Aline Rodrigues Martins

Marcia Thamyres Paulino de Assis

Érica Camelo da Silva

Emanuel dos Santos Laurindo

Giulia Nascimento Pessoa

Claudia Valéria Cardim da Silva

Amanda da Silva Franco

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de entrada do SUS e como coordenadora do cuidado ¹. Para que sua atuação seja efetiva, são necessários profissionais com formação voltada para a integralidade do cuidado, com foco na promoção da saúde, na escuta qualificada, na articulação intersetorial e na capacidade de desenvolver uma visão crítica, visando enfrentar os importantes desafios colocados ao SUS na rede de atenção à saúde^{2,3}. O Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC), promovido pelo Instituto de Nutrição da Uerj há mais de 30 anos, constitui uma estratégia pedagógica que articula ensino, serviço e comunidade, a partir de uma imersão de 40h semanais nas áreas de gestão em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição, com importante carga horária desenvolvida na APS. Ao longo dessa trajetória, o INSC vem se consolidando como iniciativa de apoio técnico aos municípios do estado do Rio de Janeiro, desenvolvendo atualmente suas atividades na APS, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Durante cerca de quatro meses, estudantes vivenciam o cotidiano das unidades, construindo práticas em conjunto com as equipes e com os usuários. Essa experiência contribui diretamente para a qualificação das ações em alimentação e nutrição na APS, em conformidade com a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS ¹.

OBJETIVO

Apresentar a experiência do INSC nas unidades de APS e analisar suas contribuições para a organização dos cuidados em alimentação e nutrição, conforme orientações da Matriz do Ministério da Saúde.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: kamilyvitoriakortkamp@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com base nas atividades realizadas em três unidades da APS do município do Rio de Janeiro, no contexto do INSC. Embora tenha atuado em diferentes serviços do Estado do RJ, desde 2017 o internato foca suas ações em unidades das Áreas Programáticas (AP's) do município do RJ, atuando em cinco territórios. Atualmente, está presente nos territórios do Jacarezinho (AP 3.2) e Rio Comprido (AP 1.0), atendendo usuários em contextos de violência e vulnerabilidade social.

Os estudantes permaneceram entre 12 a 16 semanas nas unidades, integrando-se às equipes e-Multi. Suas ações foram orientadas por docentes e preceptores, planejadas a partir das demandas dos territórios. A sistematização das experiências ocorreu por meio de registros em diários de campo e rodas de supervisão. A análise seguiu as diretrizes da Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS ¹, considerando os eixos estruturantes e campos de prática: atenção nutricional, vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e gestão do cuidado.

Desta forma, foram realizadas visitas domiciliares, atendimentos conjuntos com a equipe e ações educativas no Programa Saúde na Escola (PSE). Os estudantes também atuaram na organização e análise de dados do SISVAN, qualificando a vigilância alimentar e identificando situações prioritárias. Na promoção da alimentação adequada e saudável, destacaram-se ações intersetoriais, oficinas educativas e articulações com unidades socioassistenciais ⁴. Participaram ainda de reuniões de equipe, elaboração de materiais educativos, relatórios técnicos e do planejamento das ações das unidades.

No primeiro semestre de 2025, as atividades em um novo serviço e a continuidade em unidades parceiras iniciaram com sessões de estudo sobre o papel do nutricionista na APS, linhas de cuidado, territorialização, determinantes sociais da saúde, com observação de rotinas e atendimentos multiprofissionais ^{3,4}. As ações incluíram participação em visitas domiciliares, grupos de cuidado ao usuário, práticas educativas realizadas em sala de espera, elaboração de folders e levantamento do perfil dos usuários.

As vivências possibilitaram reflexões sobre a atuação interdisciplinar e a importância da Educação Alimentar e Nutricional (EAN), fragilizada pela escassez de recursos, grande demanda e metas voltadas aos profissionais e à gestão. Destaca-se o desafio da construção conjunta entre universidade e serviços de saúde, conciliando com práticas que vão além do atendimento individual.

A experiência formativa proporcionada pelo INSC ampliou o reconhecimento do nutricionista como articulador do cuidado em alimentação e nutrição na APS. O modelo de imersão contínua, ligado à realidade das unidades, ampliou o acesso à atenção nutricional com escuta qualificada, planejamento de ações individuais e coletivas e articulação com a equipe para construção de planos de cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Internato de Nutrição em Saúde Coletiva representa uma estratégia potente de qualificação profissional alinhada à Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS.

Ao permitir a imersão dos estudantes no cotidiano dos serviços e comunidades adscritas, promove uma formação comprometida com a integralidade do cuidado, a vigilância alimentar e nutricional e a promoção da saúde em diálogo com o território. A experiência fortalece a compreensão do processo saúde-doença e do papel do nutricionista na articulação de ações intersetoriais e no atendimento às demandas locais. Estimula o protagonismo estudantil e forma profissionais críticos e preparados para atuar na APS, contribuindo com a efetivação do SUS. Ressalta-se ainda o estágio como dispositivo de educação permanente, que impacta positivamente o processo de trabalho das equipes e qualifica os cuidados em alimentação e nutrição nos territórios.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- (2) Barbosa AS, Lemos CLS, Souza CB, Nascimento TRF, Nogueira LT. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família. *Saúde Debate*. 2022;46(Esp 5):67-79.
- (3) Figueroa Pedraza D, Santos IS. Perfil e atuação de nutricionistas na Atenção Primária à Saúde. *Rev Nutr*. 2017;30(6):835-45.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID 19 NA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM IMUNIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Bianca Moraes Assucena¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Sabemos que o Programa Nacional de Imunização é referência nacional e mundial em ofertas de vacinas de forma gratuita e igualitária. Contudo, com a influência de notícias alarmantes e até falsas pela mídia e redes sociais temos visto intensificar medo e a descrença da população no que se refere às vacinas[1].

A vivência da Pandemia do Covid 19 nos trouxe diversas afetações tanto social, quanto individualmente. Aprendemos a viver com as restrições necessárias para o controle do novo vírus.

Foi necessário o uso de máscaras, a lavagem das mãos foi intensificada e o uso do álcool 70% se tornou cotidiano não somente para trabalhadores da saúde, mas no contexto diário da vida dos cidadãos. Nos fez rever e reinventar nossas práticas profissionais. Nos perguntamos o quanto que os meios de comunicação foram importantes e impactantes nessa trajetória pandêmica?

Foi um desafio para os trabalhadores da enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) atuar na imunização, tanto pelo escalonamento dos critérios para oferta das vacinas, como em lidar com a descrença e desconfiança da população.

Este trabalho é uma abordagem sobre a ação da enfermagem atuando em salas de imunização na APS durante a pandemia do Covid 19 a partir do impacto de notícias falsas pelos meios de comunicação.

OBJETIVO

Provocar o debate sobre a influência dos meios de comunicação na mobilização da população, especialmente no que se refere a propagação de notícias alarmantes e/ou falsas, e seu impacto no dia a dia da enfermagem atuando em salas de imunização durante o período de início da vacinação contra o Covid 19, no ano de 2021.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, onde propomos uma análise reflexiva, de forma retrospectiva, porém também atual, sobre o impacto de notícias falsas e/ou alarmantes frente ao trabalho da enfermagem que atuou em salas de imunização na Atenção Primária à Saúde no início da Pandemia, no ano de 2021, a partir do olhar de uma enfermeira que atua em vigilância em saúde, na área da imunização.

1

E-mail: moraes_bia@yahoo.com.br

Vale dizer que esse relato é pautado pela atuação na gestão, mas também na assistência da APS, enquanto imunização, em diversos pontos de vacinação proporcionados para ampliação da oferta da vacina contra o Covid 19 de acordo com os critérios estabelecidos à época.

RESULTADOS

No início da campanha de vacinação contra o Covid 19, janeiro de 2021, muitos critérios foram definidos para o acesso às vacinas, destacamos: idade, comorbidade, profissão. Atuamos diante de mudanças cotidianas de abordagens e critérios para vacinação.

Vivíamos em adaptação ao *Lockdown*. Eram muitas perdas: de gente, de liberdade, de vivência social. Foi um período intenso, difícil e muito ruim! E na nova rotina fomos surpreendidas (es/os) por vídeos que passaram a circular em meios de comunicação sobre a não aplicação da vacina, roubos, desvios de doses e frascos das vacinas. O retorno foi um inflamar da população que não esperávamos. Não temos condições de afirmar o quanto das notícias que circulavam eram falsas ou não, mas podemos afirmar o quanto alarmaram a população, que de certa forma, queria se proteger.

Ouvimos sobre uma postura agressiva da população, por vezes munidos de câmera, nos pontos de vacinação contra o covid 19, que nessa época, não eram somente em unidades de saúde, mas espalhados pela cidade em diversos pontos estratégicos e até *drive thru*.

Observamos diversos vídeos, olhando e pausando, onde na maioria das vezes a vacina tinha sido administrada. Essa desconfiança gerou profundo estresse para os envolvidos. Apesar do caminho desgastante para trabalhadores de enfermagem de salas de vacinas, percebemos uma mudança de práticas na enfermagem.

Boas práticas em imunização, especialmente no que se refere a transparência de todo o processo de preparo da vacinação na frente do usuário se tornou uma prática, de fato, implementada no contexto diário de trabalho, mesmo já sendo uma prática ensinada e reforçada desde sempre. Porém reforçamos que foi muito ruim esse caminho, pois todo esse processo deixou marcas difíceis de serem superadas para todas (es/os).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Durante o início da campanha de vacinação contra o Covid 19, nós, profissionais da enfermagem, fomos alvo de acusações, de forma generalizada, quanto a nossa atuação na imunização. A veiculação de vídeos oriundos de diversas fontes foi nocivo à saúde mental de diversos trabalhadores da enfermagem atuantes na APS. Com esse texto, gostaríamos de deixar registrado nosso profundo agradecimento a todas (es/os) que do caos foi possível reinventar e rever boas práticas nas salas de imunização, com atuação mais transparente diante do usuário, mais acolhedora e respeitosa a todos os envolvidos com a imunização, trabalhador e usuário. Contudo, também lamentamos pela forma como fomos tratadas (es/os) diante de tanta especulação negativa frente a notícias alarmantes e/ou falsas sobre o nosso trabalho. Melhorem!

REFERÊNCIAS

- [1] Borges LCR et al. Adesão à vacinação contra a Covid-19 durante a pandemia: influência de fake News. Rev. Bras. Enferm. 2024;77(1):e20230284. Doi:10.1590/0034-7167-2023-0284

IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS PARA EDUCAÇÃO COLETIVA E DESENVOLVIMENTO BIOGRÁFICO INDIVIDUAL: ABORDAGENS EM SAÚDE NA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Roberta Dorneles Ferreira da Costa Silva¹

Joana Angélica Barbosa Lopes

Catalina Kiss

Christiane dos Santos Teixeira Delphin

Arthur Lobo Costa Mattos

Marilena Cordeiro Dias Villela Correa

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A atenção em saúde no Sistema Prisional encara desafios para sua plena concretização em meio a períodos de aumento da população carcerária no Brasil. A dificuldade de acesso a tais serviços, a baixa resolutividade da assistência, os maus tratos e preconceitos que intermedeiam o cuidado e a defasagem não só numérica, mas também formativa de profissionais da saúde são alguns dos percalços encarados nesse contexto [1].

Nesse sentido, desafios ainda maiores são encarados quando falamos de questões mentais, pois o entendimento comum de saúde é relativo à ausência de doenças e, quando falamos da psique humana, suas expressões na vida de um indivíduo costumam se dar de forma silenciosa e subjetiva, o que muitas vezes é menosprezado e considerado não necessitado de cuidados [2].

Para tal temática, a educação em saúde é essencial, pois permite abordagem longitudinal e integral das necessidades do interno. Por meio dela, os agentes de saúde são capazes de explorar com profundidade o sofrimento humano e observar formas mais

vínculos sociais entre agente e detento, há maior viabilidade de se sobrepor paradigmas comuns sobre vulnerabilidade mental no sistema prisional, os quais muitas vezes impedem os detentos de buscarem ajuda quando necessitam [3].

OBJETIVO

Relatar o processo de inserção da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Sistema Prisional, em uma visão diagnóstica e de análise de oportunidades para a implementação de grupos terapêuticos, com ações de gerenciamento de casos complexos e de educação em saúde, em conjunto com estudantes de medicina.

1 Universidade de São Paulo. E-mail: luiz.chenci@usp.br

METODOLOGIA

Inicialmente, o programa de residência em medicina de família e comunidade (MFC), previamente com ausência de cenários de estágio externo no sistema prisional, criou o primeiro ano de formação específica em saúde mental e em populações negligenciadas, com fixação da medicina de família em uma penitenciária do interior de São Paulo, acompanhando a comunidade inserida no local, e com estágios externos em drogadição, com população em situação de rua, migrantes, ouvidores de vozes e de doenças negligenciadas [1].

Com a entrada da MFC no cenário, percebeu-se a grande demanda de cuidados em saúde mental, agravados por questões sociais e pela quebra de vínculos familiares [3]. A marginalização e o estigma também contribuíam para a piora da evolução de casos em saúde mental, bem como a carência de espaços de educação em saúde com tais grupos populacionais. Iniciaram-se as primeiras intervenções no formato de rodas de conversas, com o objetivo de debates sobre temas clínicos e abordagens de mudança de estilo de vida. Após isso, outras foram desenvolvidas com temas relativos a ISTs, pela elevação dos casos no grupo populacional e na unidade. Porém, observou-se o comprometimento mental agravando questões clínicas e levando à necessidade de maior trabalho sobre o tema, sendo esta uma demanda crescente no cenário, principalmente com elevação do uso de psicofármacos e do tabagismo, refletindo a carência da escuta ativa, do atendimento integral em saúde mental e da extrema marginalização e vulnerabilidade dos casos na penitenciária [1,3].

Foram, então, programados grupos regulares, com foco no entendimento e despertar dos reeducandos sobre as origens da privação de liberdade e o surgimento do estigma, com potencialização do preconceito sofrido, principalmente após a volta para casa. Eles foram convidados a falar e refletir sobre angústias e dificuldades na reinserção social. O histórico pessoal e os mecanismos intrínsecos para enfrentamento de adversidades foram desenvolvidos, com entendimento e trabalho da autoeficácia, utilizando a ferramenta “Characteristics of successful changes” da técnica de Entrevista Motivacional em Drogadição e em Intervenções em Saúde [1].

Foram analisadas produções artísticas com destaque para “Morte e Vida Severina” e “Para não dizer que não falei das flores”, em reflexões sobre movimentos sociais, resistência, preconceito, sofrimento e finalizando com uma conclusão sobre ressignificações e superação de barreiras de vida [2]. A introdução da arte nas oficinas e rodas de conversas em saúde mental foram amplamente aceitas, com solicitação de novas abordagens de arteterapia e musicoterapia canalizadas para o estudo do passado, do presente e a criação de um plano conjunto futuro dentro e fora do regime prisional. Planejou-se então a reprodução dos ateliês de pintura para a abordagem em saúde mental com perguntas disparadoras do Método Clínico Centrado na Pessoa e analisando os resultados de respostas das expressões intrínsecas na tela artística de cada reeducando [1,3].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As imagens do inconsciente desenvolvidas nos estudos de Nise da Silveira e Jung são representações partindo da abordagem da arte em um ambiente acolhedor e livre, em que o vínculo e a longitudinalidade são ferramentas essenciais para a expressão de aspectos psíquicos na visão do mundo interno atual e do impacto da análise biográfica nas relações sociais com o meio [2].

Ademais, a entrada da MFC, junto a estudantes de medicina e residentes, auxiliaria no desenvolvimento de projetos de vida, com resgate histórico e estudo biográfico de fatores impactantes na manutenção da saúde mental em um visão individual, familiar e comunitária, considerando o ciclo de vida após a privação de liberdade [1,3]. O desenvolvimento da autoeficácia, da entrevista motivacional e da abordagem centrada na pessoa dentro da construção de oficinas, rodas de conversas e ateliês de arte, auxiliam na melhoria das atitudes e da saúde mental do reeducando [1–3].

REFERÊNCIAS

- 1 Ely KZ, Schwarzbold P, Ely GZ, Vendrusculo VG, Dotta RM, Rosa LR da, et al. A Educação Permanente em Saúde e os atores do sistema prisional no cenário pandêmico. *Trab educ saúde* [Internet]. 2023 [citado 25 de março de 2025];21:e01224207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1224>
- 2 Magaldi FS. A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* [Internet]. 2018 jan [citado 25 de março de 2025];25(1):69-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100005>
- 3 Souza DH. O direito à saúde mental na LEP e PNAISP: um breve debate. *ARE* [Internet]. 2025 Feb. 11 [citado 25 de março de 2025];7(2):6376-85. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-109>

IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Valéria de Carvalho Araújo Siqueira¹

Jéssica Pereira Shockness

Babara Menino de Souza Araújo

Marla Mayra Martins da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A elevada morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, agravada pelo Diabetes Mellitus (DM) e pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como fatores de risco significativos, representa um desafio para o sistema público de saúde. É fundamental assegurar o acompanhamento contínuo dos usuários diagnosticados com essas condições, além de implementar ações focadas na promoção da saúde e na prevenção de agravos. [1]

A HAS e o DM são doenças crônicas amplamente prevalentes e de elevado custo social, cuja incidência tem aumentado significativamente na população. O grupo Hiperdia é uma estratégia para sensibilizar as pessoas afetadas quanto à importância do autocuidado, como uma medida preventiva essencial para evitar danos secundários. [2]

O programa HiperDia, instituído pela Portaria nº 235/2001, foi desenvolvido com a premissa de que a HAS e o DM são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares com o principal objetivo de identificar precocemente os fatores agravantes e condicionantes dessas doenças, prevenindo complicações futuras. [3]

Devido à complexidade da HAS e do DM implicam na necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento dos usuários e de seus familiares, na definição das metas a serem atingidas. [4]

OBJETIVO

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivo relatar a criação e implementação do grupo Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV) da Universidade Federal de Mato Grosso sobre a implementação do grupo Hiperdia em uma Clínica da Família do município de Cuiabá- MT. Essa unidade de saúde é pioneira no município nesse

formato e conta com seis equipes de saúde e uma equipe eMulti, local estratégico para a formação das residentes nesse nível de atenção. A criação do grupo iniciou-se com o levantamento de dados da população-alvo, que ocorreu através das fichas de encaminhamentos para a nutricionista da eMulti. Após esse levantamento foi realizado o cadastro desses usuários em planilha de Excel. Em seguida foram elencados quais temas seriam pertinentes para abordar durante os encontros do grupo e desenvolvido um guia prático de implementação de grupos HiperDia, assim como materiais informativos a serem utilizados e uma carteira para registro de parâmetros de monitoramento em saúde. Essa cartilha foi discutida e aprovada pela secretaria municipal de saúde (SMS) por meio da coordenadora das eMulti do município e responsável técnica do programa do hiperdia. O intuito é que a proposta norteie outras equipes de saúde a implementar o grupo em suas áreas de abrangência, para tanto o material foi publicizado na página oficial da SMS.

Por se tratar de um relato de experiência, sem exposição de dados e/ou informações dos participantes das atividades, e por possuir teor didático, foi dispensado a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

Após a estruturação do guia de implementação de grupos HiperDia que norteia as equipes de Saúde da Família em sua aplicação e a criação de materiais educativos a serem utilizados durante os encontros. Foi realizada a organização do grupo e estabelecido que os encontros seriam as quartas feiras dos meses de novembro de 2024 até fevereiro de 2025. Cada encontro teria uma temática pré-estabelecida e contava com a participação de profissionais de saúde como: enfermeiro, nutricionista, psicóloga e assistente social.

As atividades educativas foram voltadas para promoção da saúde, buscando auxiliar na modificação de comportamento dos pacientes. Dessa forma, concentraram-se em palestras educativas, rodas de conversas e atividades dinâmicas com o intuito de auxiliar na compreensão da condição de saúde.

Antes de cada encontro era iniciado com o acolhimento dos usuários, sendo realizado avaliação dos participantes com verificação do peso, altura e circunferência abdominal, índice de massa corporal (IMC), aferição da pressão arterial e glicemia capilar, em seguida registrados os parâmetros para acompanhamento e após a apresentação dos objetivos da oficina a ser realizada no dia.

Ao todo foram realizados pelas residentes e demais profissionais da unidade, cinco encontros com as seguintes temáticas: HAS e DM, cuidados necessários e complicações relacionadas, roda de conversa: direitos sociais dos usuários, como monitorar e controlar a HAS e DM, alimentação consciente no controle da DM e HAS: escolhas saudáveis para viver melhor com a prática de montagem de pratos saudáveis e entrega do sal de ervas e por último o apoio psicológico e troca de experiências. A aplicação do grupo ao início teve boa adesão, ao qual houve queda de participação a partir do terceiro encontro.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Com a criação e implementação dos grupos, esperava-se auxiliar na prevenção de complicações da hipertensão e/ou da diabetes, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovasculares, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento e principalmente valorizar a mudança de comportamento. O resultado esperado durante a criação foi alcançado, entretanto a operacionalização do grupo necessita de ajustes para atender as demandas dos usuários e dos profissionais que auxiliam na condução das atividades. Encontrar formas de atrair mais participantes é um dos maiores desafios, mas não é o único, elaborar as atividades requer criatividade, tempo e recursos que muitas vezes encontram-se escassos nas unidades de saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

- [1] Júnior JFB, Costa LM, Santos AAP, Oliveira RGM. Impactos de um grupo de Hiperdia facilitado por residentes e trabalhadores de uma ESF. *Cad Educ Saúde Fisioter*. 2017;4(8).
- [2] Serpa EA, Lima ACD, Silva ACD. Terapia ocupacional e grupo hiperdia. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018;26:680-91.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 235/GM, de 20 de fevereiro de 2001. Estabelece as diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial. Brasília, DF: MS; 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/cnhd/legis-lacao/port2001/port235>.
- [4] Scabello IF, Almeida RL, Souza LG, Ferreira TM. Hipertensão arterial: uma abordagem multidisciplinar. *J Soc Issues Health Sci (JSIHS)*. 2024;1(5).

IMPLEMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DE POLÍTICAS DE EQUIDADE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RIO GRANDE DO SUL: EXPERIÊNCIA DO CTESPSR/SES-RS

Iasmin Oliveira Carneiro¹
Matheus Gonçalves Ferreira
Patrícia Genro Robinson
Carla Félix dos Santos
Monika Dowbor
Killian Colombo
Giovanna Tereza Oliveira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Comitê Técnico Estadual de Saúde para a População em Situação de Rua da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (CTESPSR/SES-RS) emerge de uma articulação do Ministério da Saúde (MS) a partir de uma oficina em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul que resulta num grupo de trabalho (GT) criado em 2014, em Porto Alegre e que, posteriormente, deu origem ao comitê. Entretanto, o comitê foi instituído oficialmente pela Portaria SES Nº 750/2018 e redefinido pela Portaria SES Nº 264/2022. [1,2] O Comitê busca implementar e fortalecer políticas de equidade à população em situação de rua (PSR). A coordenação e condução das atividades estão sob responsabilidade da Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua, que realiza o ciclo de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das ações em saúde para a PSR, conforme a Política Nacional de PSR. [3] O Comitê, por sua vez, elabora subsídios técnicos e políticos, promove a educação popular e a participação social, incentivando a inclusão da PSR em ações educativas e espaços de escuta como Conselhos de Saúde e Fóruns. A sua composição compreende integrantes da própria SES, do MS, da Secretaria de Desenvolvimento Social, de trabalhadores das equipes de Consultórios na Rua e da área técnica da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), representantes dos secretários municipais—o COSEMS, de instituições de ensino e da sociedade civil.

OBJETIVO

Compartilhar a experiência do Comitê, destacando suas atribuições na implementação de ações e no fortalecimento das políticas de equidade e promoção da saúde da PSR no estado do RS, destacando como espaço de gestão participativa que reforça o princípio organizacional fundamental do SUS: a participação social, que deve ser garantida e preservada por todos os envolvidos no sistema.

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: iasmin-carneiro@saude.rs.gov.br

METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como um relato de experiência contemplando a descrição das atividades do CTESPSR/SES-RS, embasadas cientificamente e acompanhadas de reflexão crítica. Conforme Mussi e Almeida (2021), o relato de experiência é uma forma de produção de conhecimento que descreve uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), sendo sua principal característica a narração da intervenção realizada. [4] Inicialmente, foram definidos os objetivos do presente trabalho, com foco nas ações realizadas e atuação do Comitê Técnico. A coleta dessas informações baseou-se em fontes diversificadas como, atas de reuniões, documentos técnicos, portarias e observação das atividades elaboradas pelo Comitê. A análise dos dados deu-se através da sistematização das informações coletadas de banco de dados públicos e da participação ativa dos integrantes. Essa abordagem possibilitou não apenas uma descrição das ações, mas também uma avaliação crítica sobre os resultados obtidos, evidenciando a relevância do tema no contexto analisado e no fortalecimento de políticas públicas à PSR.

RESULTADOS

Com o término da pandemia, o Comitê passou a realizar encontros presenciais mensais na Secretaria Estadual da Saúde do RS. A possibilidade de reuniões presenciais fortaleceu a capacidade de discussão do grupo, resultando em algumas iniciativas, que serão apresentadas a seguir. A PSR ainda não conta com um censo populacional para mapear seu público, tornando necessário o uso de bancos de dados públicos da saúde e assistência social, como o Cadastro Único e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O comitê começou a analisar esses dados para verificar o número de usuários cadastrados e atendidos, informações essenciais para a criação ou expansão de políticas públicas para a PSR. Uma outra ação do comitê foi mapear os municípios com mais de 80 PSR, número mínimo para a implantação das Equipes de Consultórios na Rua (eCR). A partir disso, foram elaboradas, em parceria com o Ministério da Saúde e o COSEMS-RS, notas técnicas orientativas aos municípios interessados em implantar essas equipes. O comitê também organiza Encontros Estaduais das eCR (2021, 2023 e 2024), com o objetivo de promover o compartilhamento de experiências e fortalecer a rede assistencial dos consultórios, melhorando a qualificação do cuidado à saúde da PSR. Esses encontros acontecem anualmente, reunindo cerca de 150 pessoas de diversos municípios, incluindo profissionais, gestores, movimentos sociais e entidades que trabalham com a causa. Essas novas iniciativas demonstram o compromisso do Comitê em melhorar as condições de saúde da população em situação de rua, oferecendo suporte e orientações para que os profissionais de saúde possam proporcionar um atendimento mais qualificado às suas necessidades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O trabalho do CTESPSR/SES-RS demonstra um compromisso contínuo em melhorar as condições de saúde e promover a equidade para a PSR no RS de forma descentralizada. As ações realizadas proporcionam suporte e orientações para que os profissionais de saúde possam oferecer uma

atenção qualificada às necessidades dessa população, apoiando os serviços nos municípios, incentivando as gestões municipais possam aderir a Política Nacional da PSR, estimulando a criação dos Comitês Municipais, como espaço de Cogestão, garantindo a participação dos movimentos sociais da PSR. No entanto, desafios tais como a sensibilização de gestores para implementação da política e ampliação das equipes, bem como o combate ao racismo institucional e à discriminação ainda precisam ser enfrentados.

REFERÊNCIAS

- [1] Rio Grande Do Sul. Secretaria da Saúde. Portaria Nº 750, de 01 de agosto de 2018. Institui o Comitê Técnico Estadual de Saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/29144007-750-das.pdf>
- [2] Rio Grande Do Sul. Secretaria da Saúde. Portaria Nº 264, de 26 de abril de 2022. Redefine o Comitê Técnico Estadual de Saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202204/27101100-264.pdf>
- [3] Brasil. 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
- [4] Mussi RFF; Flores FF; Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*. 2021;17(48):60–77.

INDICADORES DO CUIDADO À PESSOA COM OBESIDADE NA APS NO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Raiyra da Silva de França¹

Claudia Valéria Cardim da Silva

Anne Marcelle Marques Coelho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial e complexa, com crescente prevalência e impacto global. Reconhecida como uma condição crônica, está associada ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, impactando a qualidade de vida e a sustentabilidade dos sistemas de saúde¹. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel estratégico na promoção da saúde e no manejo da obesidade, sendo fortalecida por iniciativas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)^{2,3}. O PMAQ-AB, criado para qualificar os serviços da APS, incorporou dados específicos sobre o cuidado à obesidade a partir do seu 3º ciclo, possibilitando análises sobre infraestrutura, organização dos serviços e práticas de cuidado, assim oferecendo subsídios para análises mais aprofundadas sobre o tema. Diante disso, torna-se essencial compreender como os recursos disponíveis e as ações desenvolvidas na APS contribuem para o cuidado integral e efetivo às pessoas com obesidade, considerando desigualdades regionais que afetam a qualidade da assistência e os resultados em saúde. O presente estudo busca contribuir com evidências sobre a estrutura e o cuidado à pessoa com obesidade na APS do Estado e do Município do Rio de Janeiro, visando aprimorar políticas públicas e práticas assistenciais na linha de cuidado da obesidade.

OBJETIVO

Analisar a disponibilidade de estrutura e os indicadores de cuidado à pessoa com obesidade na APS do Estado e do Município do Rio de Janeiro, com base nos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, baseado em dados do 3º ciclo do PMAQ-AB, coletados entre 2017 e 2018. Foram analisados 2 módulos da Avaliação Externa: o Módulo I, referente à infraestrutura das UBS, e Módulo II, composto por entrevistas com profissionais das Equipes de Atenção Básica (eAB). A amostra incluiu 1.272 UBS e 2.277 entrevistas com profissionais de saúde das UBS no Estado, e 190 UBS e 826 entrevistas no Município do Rio. Para avaliar a estrutura da APS e os indicadores de cuidado à pessoa com obesidade, foram organizadas quatro dimensões com base nas variáveis selecionadas nos dois módulos do PMAQ-AB: 1-estrutura e

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: raiyra.silva@gmail.com

infraestrutura, 2-organização dos serviços, 3-ações de promoção e educação em saúde e 4-indicadores de cuidado à obesidade. Os dados do PMAQ-AB, disponíveis publicamente no site do Ministério da Saúde, foram baixados em planilhas Excel e analisados no software SPSS 25, utilizando o teste-t de Student para variáveis quantitativas e o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas, adotando-se nível de significância de 5%. Por se tratar de dados secundários, não houve necessidade de aprovação ética, conforme Resolução CNS nº 510/2016.

RESULTADOS

As análises revelaram disparidades entre o Estado e o Município do Rio de Janeiro quanto à estrutura das UBS e à organização dos serviços voltados ao cuidado da obesidade. O Município apresentou melhores condições de infraestrutura, destacando-se pela maior presença de balanças com capacidade para 200 kg (59,5% vs. 9,2%), prontuários eletrônicos (99,6% vs. 47,6%) e salas exclusivas para atividades coletivas (80% vs. 32,9%). Além disso, houve maior oferta de profissionais de apoio, como nutricionistas e psicólogos, e ampla presença de equipamentos básicos, como braçadeiras apropriadas para pessoas com obesidade e glicosímetros.

No que se refere aos processos de trabalho, o município também demonstrou avanços, com maior proporção de apoio matricial (NASF: 85,8% vs. 68,2%), inserção da Academia da Saúde (82,3% vs. 48,8%) e registro sistemático de informações em prontuário eletrônico. Ações de promoção à saúde, como a utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira (99,4% vs. 88,9%), desenvolvimento de práticas corporais e oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) foram significativamente mais frequentes no município.

Em relação ao cuidado direto às pessoas com obesidade, tanto o município quanto o Estado do Rio, apresentaram alta frequência de avaliação antropométrica e realização de ações após o diagnóstico. O Município se destacou ainda pela maior oferta de atividades físicas (96,1% vs. 77,2%), grupos educativos (87,8% vs. 72,8%) e acionamento do apoio matricial (88,9% vs. 77,3%). Os dados apontam para um cenário de maior qualificação das ações no Município do Rio, evidenciando desigualdades importantes na atenção à obesidade entre os níveis estadual e municipal.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo evidenciou desigualdades estruturais e processuais no cuidado à pessoa com obesidade na APS entre o Estado e o Município do Rio de Janeiro. Destacam-se como prioridades a presença de profissionais capacitados, a adequação de equipamentos, o uso efetivo dos sistemas de informação e a adoção de uma abordagem colaborativa entre equipes interdisciplinares e a gestão. Esses fatores impactam diretamente a qualidade do cuidado ofertado e refletem desafios ainda presentes na consolidação da linha de cuidado à obesidade nos diferentes níveis da rede de atenção à saúde. Assim, é fundamental que essas questões sejam debatidas tanto pelas equipes quanto pela gestão, pois influenciam diretamente a qualidade do serviço e podem impactar o cuidado prestado aos usuários.

com obesidade. Além do acolhimento, é crucial fortalecer o monitoramento de indicadores e assegurar o acompanhamento contínuo dos usuários, pensar em políticas públicas mais abrangentes, equitativas e integradas.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/who-obesity-preventing-and-managing-the-global-epidemic/>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.645/ 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: MS; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 424/2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424>

INTEGRAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS: ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Mariana Nogueira¹

Ana Rita Garcia Lino

Wagner Vieira

Aline Godoy-Vieira

Aline Moura

Alana de Paiva Nogueira Fornereto

Giovani Fornereto Gozzi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A implementação eficaz de políticas públicas intersetoriais enfrenta desafios, especialmente na adaptação de projetos generalizados às necessidades específicas dos territórios. O Apoio Matricial é, no setor da saúde pública, uma tecnologia social de conectividade e ação colaborativa em rede que pode qualificar a implementação dessas políticas [1]. Este relato de experiência apresenta um projeto de pesquisa voltado ao desenvolvimento de tecnologia social e ação colaborativa em rede através da criação de uma matriz de conectividade com base no Apoio Matricial, aplicável a diferentes contextos de implementação de políticas públicas.

Propõe-se a produção de uma tecnologia social para operação em rede, visando produzir uma matriz de conectividade e colaboração para diversos contextos de implementação de políticas públicas. Entende-se que a produção coletiva de conhecimento é uma estratégia essencial para a implementação de políticas públicas, viabilizando a formação de agentes multiplicadores, para sua sustentabilidade e monitoramento. Esse processo formativo deve integrar a tecnologia de colaboração em rede ao contexto de trabalho local, garantindo que os profissionais a utilizem como ferramenta para enfrentar desafios e adaptar soluções às necessidades específicas de cada território.

OBJETIVO

Demonstrar como foram estruturadas as oficinas de produção de conhecimento para colaboração em rede a partir do aprofundamento dos fundamentos e práticas do Apoio Matricial, com foco no trabalho colaborativo em redes no campo das políticas públicas, intersetorialmente.

METODOLOGIA

A partir de uma pesquisa-intervenção operacionalizada por oficinas estruturadas na relação entre a formação Paidéia e a Educação Emancipatória [1,2], propõe-se um ciclo formativo operacionalizado por oficinas emancipatórias entre abril e novembro de 2025.

1 Universidade Federal de São Carlos. E-mail: to.mariananogueira2024@gmail.com

Serão realizados 16 encontros de produção de conhecimento na elaboração coletiva de uma matriz para o Apoio Matricial a redes de implementação de políticas públicas, com duas fases: a primeira de aproximação ao Apoio Matricial e possibilidades de análise do trabalho vivo; a segunda, de elaboração e aplicação de projetos planejados em parceria entre as entidades, de forma a exercitar a prática colaborativa. Comporá o processo o desenvolvimento de Projetos Aplicativos, definidos como trabalhos técnico-científicos aplicados e orientados à intervenção em realidades específicas.

Esse modelo de intervenção adota como princípios a análise de processos de trabalho com base na teoria do processo de trabalho aplicado ao campo da saúde (3), e em elementos fundantes da lógica do Apoio Matricial: a gestão democrática, a cogestão e a colaboração em rede com circulação de saberes [1].

RESULTADOS

O processo oficinairo é uma etapa central do plano de trabalho de intervenção/produção de dados. Esse processo tem a finalidade de que os agentes públicos deixem de ser meros executores de técnicas generalizadas e passem a atuar como autores do processo, realizando análises conjuntas com as comunidades.

Pretende-se, ao demonstrar o processo oficinairo, colaborar com a discussão acerca dos processos formativos em saúde como ferramenta de crítica e apropriação dos processos de trabalho pelas pessoas trabalhadoras, com potencial para informar processos emancipatórios em outros setores da sociedade [2,4]. Espera-se demonstrar como é possível produzir, por meio do processo de oficinas, uma matriz de conectividade e colaboração para diversos contextos de implementação de políticas públicas, evidenciado pelos projetos aplicativos que qualificarão a produção teórica e darão a dimensão praxica da matriz.

A transversalização dos fundamentos, conceitos e linguagem das áreas envolvidas é essencial para a construção de um novo conhecimento compartilhado e significativo. Trata-se de um processo de capacitação tecnológica sustentado pela lógica da apropriação dos atores locais de elementos fundamentais e estratégicos da política pública, assim como de tecnologias leves para sua execução.

Como resultado das oficinas, espera-se que as pessoas participantes se transformem pelo processo, sendo capazes de realizar análises aprofundadas sobre os processos de trabalho em rede, e suas contradições e potencialidades do ponto de vista da colaboração, fazendo as pontes para a ação de fortalecimento da ação conjunta na implementação de políticas públicas intersetoriais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao preservar os fundamentos científicos das políticas públicas e viabilizar adaptações contextuais, a metodologia adotada pretende favorecer a escalabilidade da iniciativa. O caráter dialógico e emancipatório da abordagem tem a finalidade de assegurar a apropriação da tecnologia pelos participantes, promovendo um ciclo contínuo de aprendizado, aperfeiçoamento e diagnóstico

em rede. Além disso, a transposição de conhecimento de redes da saúde para outras redes poderá trazer bons elementos de reflexão e práticas, considerando as tecnologias leves como fator importante para consolidação do trabalho colaborativo entre as pessoas com objetivos comuns.

O presente trabalho está sendo realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil. Processo nº 2023/09613-7.

REFERÊNCIAS

- [1] Campos GW, Figueiredo MD, Pereira Júnior N. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(Supl 1):983–95.
- [2] Gonçalves HS, Fernandes MI. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. *Psicol Soc*. 2018;30:e0181737.
- [3] Mendes-Gonçalves RB. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: Ayres JRCM, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 298–339.
- [4] Soares CB, Souza SR, Pires AS, Cordeiro ABL, Camargo TC, Andery PHR. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). *Rev Bras Saúde Ocup*. 2018;43:e8.

INTEGRAÇÃO ENTRE UNIVERSIDADE E COMUNIDADE: A EXPERIÊNCIA DO PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Barbara Abila Napoleão¹

Mariana Angelo Guerra

Larissa Campagna Martini Barbosa

Alana de Paiva Nogueira Fornereto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Implementado no ano de 2024, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) conta com doze vagas para residentes de quatro núcleos profissionais, sendo eles enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Localizado no município de São Carlos, que possui cerca de 250 mil habitantes, tais profissionais se inseriram em diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade. Divididos em equipes, permanecem durante um ano na Atenção Primária à Saúde (APS) em três Unidades Básicas de Saúde, em paralelo ao trabalho em todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), rodiziando de 4 em 4 meses entre as diferentes modalidades de CAPS do município, sendo um CAPSij (infantojuvenil), um CAPS-AD (álcool e outras drogas) e um CAPS-II (adultos). Ainda, atuam durante 8 meses na unidade de saúde mental no Hospital Universitário (HU) da UFSCar, que conta com 8 leitos de saúde mental em hospital geral. Ainda, desenvolvem ações diretas no território, como o Projeto Aplicativo, previsto no Projeto Político Pedagógico do Programa.

OBJETIVO

Considerando a inserção abrangente de doze profissionais na RAPS do município, o presente trabalho tem como objetivo geral registrar e sistematizar as ações desenvolvidas pelo Programa de Residência no período de março a dezembro de 2024 e, como objetivo específico, confeccionar um produto técnico com as informações coletadas, contribuindo para a valorização e divulgação das ações desenvolvidas.

METODOLOGIA

Para coleta de dados foi utilizado como instrumento um questionário semi-estruturado, com vinte e duas questões abertas e fechadas, disponibilizado através da ferramenta *Google Forms*. Antes de sua aplicação foi realizado pré teste do instrumento com intuito de “verificar se todas as perguntas foram respondidas adequadamente, se as respostas dadas não denotam dificuldade no entendimento das questões, se as respostas correspondentes às perguntas abertas são passíveis de categorização e de

1

Universidade Federal de São Carlos. E-mail: barbara.abilan@gmail.com

análise”[1]. Após os devidos apontamentos e modificações, o questionário foi disponibilizado para resposta das residentes do programa entre o mês de dezembro de 2024 e janeiro de 2025. Os dados coletados foram sistematizados e organizados em um livreto informativo, a fim de registrar as principais ações desenvolvidas no primeiro ano de implementação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental no município de São Carlos.

RESULTADOS

A APS concentra o maior número de ações desenvolvidas, fato coerente com o maior tempo de inserção no cenário (1 ano), o que aponta a potência da inserção longitudinal dos profissionais especialistas em saúde mental neste campo de prática. Nos CAPS, entre as ações mais desenvolvidas pelos residentes estão o atendimento em grupo, discussões de caso, participação em reunião de equipe e reuniões regulares com a preceptoria, enquanto as ações menos desenvolvidas são matriciamento, campanhas, elaboração de material informativo e ações na comunidade. No HU destacam-se os atendimentos em grupo e participação na reunião de equipe, em detrimento de ações de campanha e elaboração de materiais informativos. Ainda, foram desenvolvidas quatro ações na comunidade. O evento “Residências na Praça” ocorreu em dois locais públicos da cidade durante dois dias, reunindo todos os residentes vinculados aos Programas de Residência Multiprofissional e Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da UFSCar para oferta de atividades de promoção e prevenção em saúde. Houve importante envolvimento dos residentes na organização da Reunião Intersetorial de uma das áreas de saúde da cidade, além da organização e execução de ações durante a Semana da Luta Antimanicomial junto aos serviços da RAPS. Por fim, cada equipe de residentes desenvolveu um Projeto Aplicativo, sendo este trabalho o resultado final de um deles. Os demais Projetos Aplicativos realizaram ações de capacitação de equipes da UFSCar e da APS do município sobre saúde mental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A inserção longitudinal das residentes na APS favorece um número abrangente de ações pertinentes ao campo da saúde mental, demonstrando a potência deste espaço para intervenções psicossociais. O HU e CAPS são serviços com grande potencialidade, onde houve desenvolvimento de ações significativas que podem ser aprimoradas em anos futuros. Ainda, as ações pontuais na comunidade auxiliam na promoção de saúde mental acessível e inclusiva para a população, quebrando barreiras de estigma e promovendo integração entre usuários, serviços e território. Por fim, a realização deste levantamento de atividades evidenciou a relevância da inserção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFSCar na formação dos residentes e no fortalecimento da RAPS do município [2], uma vez que as profissionais estão inseridas nos diferentes níveis de atenção e contribuem efetivamente para a melhoria das políticas públicas de saúde mental em São Carlos.

REFERÊNCIAS

- [1] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- [2] Ceccim RB; Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2004; 14(1):41- 65.

INTEGRANDO A SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA: A EXPERIÊNCIA DA REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Gabriela Mello Silva¹

Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) é um campo em expansão, resultado da luta do proletariado por transformações nas condições e relações de trabalho e do reconhecimento crescente dos impactos do ambiente laboral sobre a saúde física e mental dos trabalhadores. No entanto, muitos profissionais em atuação no Sistema Único de Saúde ainda não reconhecem em suas ações a materialidade da execução dessa linha de cuidado, mesmo que realizem ações em prol da saúde dos trabalhadores de forma rotineira, sem nomeá-las. A dificuldade de identificação pode ser atrelada à superficial inserção da temática Saúde do Trabalhador nos variados cursos de graduação e formação, com pouco conhecimento dos docentes sobre o conteúdo e o pouco interesse, ou procura, dos discentes por atividades da área. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias e tecnologias educacionais pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST) voltadas para a sensibilização e mobilização dos profissionais em atuação nos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, de modo a favorecer a identificação donexo causal em Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), propiciando a adequada notificação nos sistemas de informação em saúde e a implantação de fluxos assistenciais e promotores de saúde que garantam o cuidado integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.(1-3)

OBJETIVO

Relatar a experiência do CEREST Centro Sul sobre o processo de planejamento e desenvolvimento de Educação Permanente e Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador, através de capacitações e oficinas de notificação em DART e Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho para profissionais de Saúde Mental da Região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

O processo de planejamento das ações inicia-se pela identificação dos dispositivos prioritários em cada município, que são porta de entrada do atendimento aos trabalhadores, em uma parceria do CEREST com o Representante Técnico de Saúde do Trabalhador (RTST) e a Coordenação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal. Os RTST são profissionais pactuados no Estado do Rio de Janeiro a partir da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartites-RJ N.º 6.712 de 10 de

1 CEREST Centro Sul/Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios/RJ. E-mail: gabrielamello_01@hotmail.com

fevereiro de 2022, com capacidade técnica e conhecimento em saúde do trabalhador, epidemiologia, planejamento em saúde, saúde ambiental e vigilância em saúde, que auxiliam na identificação das linhas de cuidados, das necessidades e prioridades em STT do território municipal. À partir da identificação dos dispositivos prioritários, realiza-se a primeira capacitação, em formato de palestra expositiva e dialogada, onde são apresentados e problematizados aspectos como: o que é o trabalho; quem são considerados enquanto trabalhadores para esta política; a diferença da saúde ocupacional para a lógica da saúde do trabalhador; o arcabouço legislativo da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a nível nacional e estadual; a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); o papel desempenhado pelo CEREST Estadual, Regional e RTST; as diferenças entre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e a ficha de notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); as principais DART; a importância do preenchimento das fichas de notificação para o mapeamento epidemiológico e construção de dados sobre o território e seus trabalhadores e a necessidade das etapas de implantação do fluxo de notificação, para que a mesma possa acontecer. Neste primeiro momento de capacitação, os participantes, que são compostos pela equipe multiprofissional do dispositivo de saúde mental, seja ele o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS AD) ou Ambulatório de Saúde Mental, conseguem entender o contexto o qual a saúde do trabalhador e a saúde mental se entrelaçam enquanto políticas transversais e de importância para o cuidado aos trabalhadores. Neste momento também é importante dar voz aos profissionais presentes de forma a construir as bases para o apoio matricial, cujo pré-requisito é o conhecimento sobre o processo de trabalho das equipes e as principais demandas e problemas de saúde que envolvem a relação trabalho/saúde/doença das pessoas que vivem nos territórios. No segundo encontro com este mesmo grupo, inicia-se a Oficina de Notificação em DART – Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, onde os profissionais participantes trazem os casos a serem discutidos, elaborando junto a equipe CEREST e ao RTST o nexo causal e preenchimento da ficha de notificação dos casos identificados. Nesta etapa, são apresentados os campos chave de preenchimento da ficha de notificação que por vezes os profissionais possuem dificuldade em preencher corretamente, auxiliando-se assim a qualificar previamente a informação gerada. Discute-se também nesta fase como implantar o fluxo de notificação no processo de trabalho desses profissionais e uma agenda de apoio matricial frequente para compartilhamento dos casos e auxílio na identificação de problemáticas relacionadas à saúde dos trabalhadores atendidos e até mesmo dos trabalhadores da saúde, sendo assim um processo que não finda em si na capacitação, e sim o disparador para a construção dessa linha de cuidado.(4)

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A incorporação dos dispositivos de saúde mental representa um avanço fundamental para a efetivação de ações integradas de promoção, prevenção e atenção psicossocial no cuidado ao trabalhador. Além disso, fortalece o reconhecimento do trabalho como determinante social da saúde, promovendo ambientes mais saudáveis e humanizados, e colaborando com a notificação de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), muitas vezes invisibilizados nos serviços de saúde. Dessa forma,

os dispositivos de saúde mental devem ser compreendidos não apenas como resposta assistencial, mas como ferramentas estratégicas de transformação das práticas de cuidado no âmbito da Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora

REFERÊNCIAS

- (1) Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMS. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad Saúde Pública. 1997;13(2):21-32.
- (2) Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formas de conhecimento e as estratégias de intervenção no processo saúde-doença dos trabalhadores. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- (3) Souza DO. O ensino da Saúde do Trabalhador nos cursos de graduação em saúde de uma universidade federal. Research, Society Develop. 2021;10(12). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/355035978_O_ensino_da_Saude_do_Trabalhador_nos_cursos_de_graduacao_em_saude_de_uma_universidade_federal.
- (4) Dias EC, Lacerda-Silva T. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Coopmed; 2013.

INTERSECCIÓN DE INVESTIGACIONES SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO EN UN MODELO DE ATENCIÓN

Cecilia Acosta¹

Alicia Guerra

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de reflexión y síntesis se enmarca en dos tesis de maestrías del área de la Salud Familiar y Comunitaria, realizadas por dos enfermeras comunitarias docentes, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, de Uruguay.

En este trabajo desde una perspectiva humanista considera que el cuidado de enfermería como plantea Duque (1) en esencia “es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales”.

Los objetivos de las tesis se centraron en conocer y caracterizar los cuidados enfermeros en distintos ámbitos, uno en la continuidad asistencial y otro en una experiencia comunitaria en una cooperativa.(2)

Las investigaciones se llevaron a cabo con metodología mixta y cualitativa, en las que se utilizaron como técnicas principales de recolección de datos: la entrevista semiestructurada, el grupo focal y la encuesta.

Los resultados arrojan concepciones sobre el rol de enfermería y sobre las actividades de las enfermeras, centrándose en aquellas que identifican el cuidado enfermero.

Las conclusiones se centran en la importancia y determinación del contexto ya sea institucional como comunitario en el desarrollo e implementación del cuidado enfermero.

OBJETIVO

Los objetivos de las investigaciones se centraron en conocer las características del cuidado de enfermería desde la percepción y experiencias de los usuarios con patologías crónicas y desde el equipo de salud en una experiencia comunitaria en una cooperativa.

METODOLOGÍA

Las investigaciones utilizaron metodologías mixta y cualitativa, llevándose adelante un estudio descriptivo y un estudio de caso.

En el estudio descriptivo en la etapa cuantitativa, la población fueron usuarios con patologías crónicas que respondieron las encuestas del proyecto Equity LA II (3). La muestra fue aleatoria.

1 Facultad de Enfermería E-mail: acosta.hatchondo@gmail.com

Se trabajaron variables socio-demográficas que presentaron el perfil de la población. En su etapa cualitativa, se realizó una preselección en forma aleatoria estratificada por sexo y edad de 30 personas que respondieron en la etapa cuantitativa, tomando luego una muestra por conveniencia de 6 personas. De las categorías y subcategorías, se destacan la percepción sobre la identificación del rol, la continuidad de la atención y las funciones desempeñadas.

En el estudio de caso, el muestreo fue por bola de nieve, y como técnicas de recolección se utilizaron la entrevista semiestructurada y el análisis documental. Las categorías más relevantes que surgieron son: contexto emancipatorio, cuidados de enfermería emancipatorios.

En ambas investigaciones se mantuvieron los aspectos éticos legales utilizando consentimiento informado y autorizaciones correspondientes.

RESULTADOS

Se presentan los resultados más relevantes sobre los cuidados enfermeros.

En cuanto al estudio descriptivo los usuarios reconocieron en su mayoría a los profesionales de enfermería, aunque en ciertas narrativas la identificación se desdibujaba, persistiendo culturalmente una imagen difusa debido a la sustitución de roles de parte de otros profesionales. Más de la mitad de los participantes percibieron que los enfermeros mantenían continuidad en la información de su historia, los conocían, contenían, escuchaban y recordaban sus nombres. Valoraron la continuidad en la relación y destacaron la importancia de su participación en la atención, percibiendo a las enfermeras como quienes dirigen, controlan y organizan los cuidados, siendo claves en los procedimientos técnicos, en controles y tratamientos.

En cuanto al estudio de caso en la categoría de contexto emancipatorio aparecieron con fuerza las narrativas en torno a la solidaridad y a la construcción de proyectos de vida construidos en forma colectiva, manifestado:

...”ese es un valor, la solidaridad que no la encontrás en un barrio común” (ED 1, p.5), resaltando la vida cotidiana en una cooperativa.

En cuanto a cuidados de enfermería emancipatorios surgen como pilares: a) la metodología y el contenido de los cuidados, relatado: *“Entonces a mí me parece que cuidar es estar al lado de la gente”*. (EIES 1, p. 6), destacando la comprensión de las necesidades y la cercanía y b) la salud como un activo social y político narrado así: *... “digamos como sujeto activo del acto de salud” y “esto de ver al sujeto como centro, sujeto activo de la salud, y como algo colectivo, pero también individual”* (EC 1, p. 1), resaltando al sujeto como actor indispensable en la construcción social de la salud.

CONSIDERACIONES

De ambos estudios se destaca la valoración del rol de enfermería y las actividades principales son las de contener, escuchar, informar, conocer, cuidar y atender.

El contexto tanto como sistema de salud como contexto comunitario toma fuerza y determinación respecto al cuidado, la cercanía y la participación hacen del cuidado un constructo colectivo, teniendo como actores a quien cuida y a quien es cuidado.

Los cambios socio-sanitarios actuales invitan a la reflexión permanente y colectiva por lo que cabe señalar algunas interrogantes como aportes al debate sobre los cuidados enfermeros enfatizando en el área comunitaria.

- ¿Son nuevos los desafíos de la enfermera comunitaria o son nuevos los contextos?
- ¿Podría ser un modelo el de la “Red de cuidados” o “el de cuidados en red”?
- ¿Cuánto aportará la Enfermería en las políticas públicas ante cargos de gestión o en el parlamento?

REFERENCIAS

- (1) Duque Cardona SC. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. Rev Investig Educ Enferm. 1999 Mar;17(1):75-85.
- (2) Guerra Martínez A, Rodríguez Pastorino G, Sosa Abella A. Salud comunitaria en FUCVAM, una experiencia en movimiento. Sistematización de la experiencia del proyecto de Salud Comunitaria 2003-2006. Montevideo: Comisión de Desarrollo social FUCVAM; 2006.
- (3) Bertolotto F, et al. Uruguay. Coordinación y continuidad de atención entre niveles: Red Región Oeste-ASSE Salud. Estudio de Línea de Base 2014/2016: impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las Redes integradas de servicios de Salud en América Latina. Montevideo: Udelar; 2017. p. 9-12.

INTERSETORIALIDADE NA PREVENÇÃO E RESPOSTA A DESASTRES EM ÁREAS DE RISCO: O USO DO GEOPROCESSAMENTO EM PETRÓPOLIS/RJ

Anna Giullia Toledo Hosken¹

Vitória Custódio Christ De Carvalho

Lívia De Oliveira Teixeira De Carvalho

Gabriel Azzi Reis Mendes

Bernardo Jordy Hypolito

Giulia Gabriella De Oliveira Pedroza

Fernanda Offrede Cardoso

Izabella Souza Garbelini

Valentino Albani Cassa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas têm um impacto profundo na vida social e na saúde humana, afetando direta e indiretamente o bem-estar das populações em diversas localidades do mundo (1). Nesse contexto, com sucessivas ondas de calor, estiagem e chuvas intensas, é notório que a saúde de populações vulneráveis e vulnerabilizadas sofre impactos. Ainda neste contexto, a ocorrência de desastres pode representar riscos à vida e aos bens materiais dessas populações.

Diante disso, é essencial que as áreas de atuação pública e de interesse social se integrem para traçar estratégias de adaptação, resposta e mitigação. As equipes das áreas da Saúde, Defesa Civil, Assistência Social, Educação e Instituições de Ensino devem trabalhar ativamente em conjunto com as comunidades, a fim de construir coletivamente soluções e promover mais segurança para os indivíduos inseridos em territórios mais suscetíveis aos impactos. No município de Petrópolis/RJ, foi idealizado um projeto que visa a integração de órgãos e instituição de ensino superior para a qualificação de futuros profissionais da medicina em estratégias de enfrentamento às mudanças climáticas por meio da organização de dados das populações coletados pelos Postos de Saúde da Família associados aos mapeamentos de risco do banco de dados da Defesa Civil Municipal.

OBJETIVO

Este relato compartilha um dos objetivos do projeto-piloto “Comunidade que Cuida da Vida” que visa integrar dados (Defesa Civil e Atenção Primária) por meio de geoprocessamento com geração de estratégias de evacuação em comunidades de risco geológico considerando as condições de saúde coletadas pelos Postos de Saúde da Família. Neste momento, o foco é a apresentação da capacitação realizada para profissionais da saúde da família e alunos da área da saúde para o uso de geoprocessamento.

1 Faculdade de Medicina de Petrópolis/RJ. E-mail: ag.hosken@gmail.com

METODOLOGIA

A equipe de Saúde da Família gerida pela UNIFASE/FMP, frente aos desafios socioambientais do território, provocou o órgão municipal de Defesa Civil para iniciar uma abordagem integrada para redução de riscos e desastres. Vislumbrou-se a integração de dados por meio de mapeamentos utilizando a abordagem participativa, partindo da experiência da Defesa Civil de Petrópolis (2).

Diante da participação de diversos órgãos e da urgência da pauta, ampliou-se o escopo do projeto – o que incluiu novos objetivos e a participação de alunos da Medicina e Enfermagem por meio do projeto de extensão intitulado “Comunidade que Cuida da Vida”.

A introdução foi realizada com uma sensibilização dos participantes para a pauta das mudanças climáticas. Partindo para uma breve contextualização sobre geoprocessamento, suas ferramentas e múltiplas funcionalidades. Em seguida, a oficina prática foi pautada na apostila desenvolvida para esta atividade com um tutorial da utilização de banco de dados já existente e o georreferenciamento dos usuários, objetivando a elaboração de mapas com os dados de localização e informações de saúde passíveis de cruzamento com os mapeamentos de risco dos territórios.

Diante dos dados já existentes nos Postos de Saúde da Família, foram realizadas adaptações para planilhar em formato compatível com softwares de geoprocessamento. A maior preocupação é associar com precisão os dados à localização da residência dos usuários, possibilitando visualizar as condições de saúde e traçar estratégias de acesso emergencial em caso de necessidade de mobilização frente à ocorrência de chuvas intensas ou outros desastres em potencial.

As ações prioritárias giram em torno das áreas de maior risco apontadas em mapeamentos já utilizados pela Defesa Civil e sob análise dos profissionais da Atenção Primária em Saúde que foram capacitados para percebê-los, visando o levantamento de coordenadas geográficas de residências que necessitam utilizar as rotas de fuga e apresentem população vulnerável. Dessa forma, geram-se planilhas e mapas que auxiliam na mobilização prévia ao desastre, considerando as questões físicas, sociais, situacionais e específicas dos usuários atendidos pela unidade em questão. Com vistas a otimização da gestão integrada de riscos e desastres, estes dados – sob autorização dos usuários – ficam disponíveis em casos extremos de busca e salvamento.

Para além de qualificar os profissionais da atenção primária e transformar os dados em uma ferramenta intersetorial, este projeto também busca capacitar futuros profissionais da área da saúde, oferecendo aos estudantes uma oportunidade prática de desenvolver e aplicar seus conhecimentos em geoprocessamento, saúde pública e gestão de crise. De forma longitudinal, a comunidade também é beneficiada, tanto pelo fortalecimento do vínculo com a rede de saúde quanto pela otimização do suporte oferecido na prevenção e mitigação de danos, unindo ciência, saúde e aplicações de impacto social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto destacou a necessidade urgente de integrar diferentes setores para promover a segurança e o bem-estar das comunidades em risco, especialmente em um contexto de mudanças climáticas cada vez mais intensas em concordância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) 11 e 13 (ONU). O uso do geoprocessamento como ferramenta estratégica visa tornar as respostas a desastres mais rápidas e eficazes, visando a promoção de proteção e salvaguarda de vidas. A capacitação de profissionais de saúde e a participação ativa das comunidades demonstram que a gestão em saúde, em um cenário de crise climática cada vez mais preocupante, deve ser direcionada em uma ação coletiva e intersetorial, que inclua a população local no processo de tomada de decisões (1). Expandir e continuar esse modelo é fundamental para fortalecer a adaptação às mudanças climáticas no centro das políticas públicas e ensino (3).

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- (2) Carvalho VCC, Bastos EC, D'Almeida RX, Grotz CN. Mapeamento participativo: a experiência da Secretaria de Proteção e Defesa Civil em parceria com comunidades de risco em Petrópolis/RJ (Brasil) [Internet]. In: VI Congresso Internacional de Riscos; 2023 maio; Coimbra, Portugal. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2023 [citado 2025 abr. 14]. Disponível em: https://vicir.riscos.pt/wp-content/uploads/2023/05/webposters/pdf/Poster_ID249.pdf
- (3) Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. Lancet. 2015 Jul 18;386(10007):197-232.

INTERSETORIALIDADE: DESAFIOS NA PROMOÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL

Héric Ferreira Fonseca¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho foi construído a partir da experiência do estágio curricular “Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde”, durante a graduação em Psicologia, em Março de 2023, e, também em um segundo momento, em Março de 2025, na competência de psicólogo graduado.

No primeiro momento, ainda estudante, recebi a encomenda de trabalho intersetorial a ser realizado na escola Municipal Herbert José de Souza, situada em frente a Unidade Básica de Saúde Novo Aarão Reis, localizada na Rua Detetive Eduardo Fernandes, 200, Novo Aarão Reis, Belo Horizonte–MG, 31845-000. O marco geográfico existente entre a escola e a UBS facilita o encaminhamento direto dos *alunos problema*, com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA) para o centro de saúde, que está localizado em uma rua comercial e que a questão da vulnerabilidade social está intrincada em toda a vivência dentro e fora da escola. Foi desenvolvido um grupo terapêutico com os professores a fim de melhor compreender a conjuntura do problema existente e vivenciado no âmbito escolar, visando o acolhimento dos profissionais e fomentar a circulação do debate acerca dos desafios da atuação. Na competência de Psicólogo, foi realizada uma avaliação posterior a fim de se pensar a construção de uma possível intervenção que contemple o cuidado em saúde mental dos professores.

OBJETIVO

Refletir a partir da experiência de estágio na Atenção primária à saúde, durante a graduação em psicologia, em que foi feito um trabalho intersetorial na escola municipal Herbert José de Souza ao qual discutiu-se encaminhamentos referentes ao diagnóstico de TEA e TDAH. Visa, também, pensar acerca da saúde mental dos professores, tendo como ferramenta a entrevista semiestruturada, realizada no segundo momento.

METODOLOGIA

A metodologia consistiu em dois momentos. O primeiro, realizado em Maio de 2023, via grupo terapêutico com professores dos alunos encaminhados para avaliação, visando abarcar a problemática e estabelecer uma conexão escola-UBS, sendo um vetor no diálogo. Nas palavras de Lapassade, as instituições são “formas, produtos históricos de uma sociedade instituinte que produzem e reproduzem as relações sociais e se instrumentalizam em estabelecimentos e/ou dispositivos” (1). Faz-se interessante perceber como a instituição escolar Hebert de Souza reproduziu, em diversos níveis, agitação, barulho, impaciência, o que denota haver uma projeção e repetição de comportamentos tidos como atípicos.

1 Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: ferreira.geopsi@gmail.com

Em um segundo momento, Março de 2025, foi aplicada entrevista semiestruturada com uma professora participante do grupo e com a diretora, para melhor compreender os desdobramentos em relação ao processo de saúde-doença dos envolvidos e resultados do trabalho, para verificar se a demanda do trabalho realizado foi contemplada e quais ferramentas de cuidado se fazem necessárias para operar nessa conjuntura visando a manutenção do cuidado para o corpo docente e discente.

RESULTADOS

Ocorreram quatro encontros grupais. Apresentação, debate sobre o fluxo de encaminhamentos e, nos dois últimos, conversa sobre as afetações. Houve um debate orgânico sobre o que é *aluno problema* e agressões/abusos aos quais perpassam fora da escola. Relataram casos como de alunas que sofriam violência sexual, professoras que foram agredidas por alunos ou ameaçadas pelos pais. Foi um momento potente e inventivo, pois, além dos professores realizarem reflexões sobre os perigos e/ou potencialidades do diagnóstico, perceberam a necessidade de se cuidarem e de terem um espaço de acolhimento. A angústia dos professores foi uma marca central. Os encontros forneceram pistas de que parte do sofrimento está associado à dificuldade de separar qual o papel do docente. Frustração preenche os profissionais diante dos diversos problemas que tentam tomar para si em esferas ética-estética-política.

A entrevista evidenciou o cansaço dos professores frente aos problemas sócio estruturais que permeiam o trabalho. A profissional menciona ser consenso entre a equipe que tal contexto os impactam de forma adoecedora em que medicalização psiquiátrica é comum para que seja possível a atuação. Os professores não passam por uma formação para lidar com os alunos neuroatípicos e o diagnóstico não reflete no manejo para a especificidade sendo difícil contemplá-lo em uma sala com diversos alunos. Atualmente há presença de uma assistente social na escola para identificação e encaminhamento das referidas suspeitas. Há acompanhante de inclusão, mas deve-se investir no treinamento e capacitação. Faz-se urgente a adoção de um espaço de atenção para os diversos profissionais da escola e professores, em relação ao sofrimento, adoecimento e saúde mental dos trabalhadores dado que não existe tal acolhimento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As diversas questões que impactam os processos de saúde-doença na sociedade se manifestam no dia a dia das escolas, e pensar intervenções possíveis em tal campo, muitas vezes se faz um trabalho complexo, devido ao grande número de diagnósticos presentes no DSM-5 e ao campo pouco nítido e multifacetado acerca do diagnóstico em saúde mental. O sofrimento social muitas vezes é patologizado e fomenta a medicalização da infância no ambiente escolar. Tal fenômeno parece se desdobrar em adoecimento, em diversos níveis, também para os professores e nos diversos trabalhadores do ambiente educacional. Tanto a experiência do grupo terapêutico, quanto a entrevista semiestruturada evidenciaram a necessidade de se pensar, construir e executar dispositivos de cuidados, para além da

medicação e diagnóstico clínico, que contemple, também, os professores e trabalhadores da educação, que muitas vezes são preenchidos pelo sentimento de desamparo, solidão e impotência.

REFERÊNCIAS

- (1) Rossi A; Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rev. Epos. 2014;5(1):156-181.

LA OVEJA NEGRA: COLABORACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Angela Maria Guerra Cordero¹

Dinarte Alexandre Prietto Ballester

INTRODUCCIÓN

La Oveja Negra es una estrategia de colaboración latinoamericana en salud mental comunitaria, especialmente entre Brasil y Colombia. Esta idea, surge de una serie de reuniones y conversatorios virtuales entre redes latinoamericanas de salud mental comunitaria, en contexto de pandemia por COVID-19 (1). Su consolidación se produce en el año 2023 gracias a la firma de un convenio interinstitucional entre la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia-UPTC, Tunja-Boyacá, y la Universidad Federal de Pelotas-UFPEL, Sur de Brasil (2).

La Oveja Negra significa el propósito de que la salud mental sea inclusiva para todas las personas y poblaciones, así como, para las diferentes miradas que intentan abordarla. Nuestra inspiración viene de conectar con la vida, las luchas e historias de nuestros territorios, la pampa gaucha del Sur brasileño y las montañas de la cordillera de los Andes colombiana.

Nuestras áreas de interés son la salud mental y la salud colectiva en sus variadas expresiones, sean ellas académicas o populares. Reconocemos y ponemos en valor nuestras semejanzas y diversidades de pensamientos como compañeros/as latinoamericanos/as que trabajan articulando la academia y la vida en los territorios, con la intención de caminar juntos en la transformación de las condiciones que determinan la salud mental de nuestras gentes.

OBJETIVO

Los objetivos de la Oveja Negra pasan por generar y sostener variados espacios de encuentro e intercambio académico-populares sobre abordajes y experiencias en salud/salud mental con enfoque comunitario. Nos proponemos motivar el diálogo de la salud como derecho, cuya garantía requiere la participación de ciudadanos/as, estudiantes, residentes y profesionales de la salud tanto de los servicios de atención primaria y salud mental, como de procesos territoriales de salud comunitaria.

METODOLOGÍA

Las acciones de La Oveja Negra incluyen la gestión y realización de prácticas estudiantiles y docentes internacionales, actividades de producción social de conocimiento y de extensión; publicaciones conjuntas y clases de pregrado y posgrado bajo modalidades virtuales y/o semipresenciales. A continuación, los desarrollos más significativos:

1 Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. E-mail: angela.guerra@uptc.edu.co

Charlas Ovejeras: Encuentros virtuales al redor de temas relacionados con la salud mental en diferentes escenarios y con diferentes miradas. Cada charla cuenta con invitados especiales desde Colombia y Brasil. En sus intermedios se presenta los “Comerciales ovejeros”, un espacio de intercambio cultural entre países, a partir de la presentación de canciones, poemas, literatura, paisajes, etc. A la fecha, hemos realizado las siguientes charlas (3):

1ra (2023). “La Locura en Colombia y sus causas”–Associação de Usuários de Saúde Mental de Pelotas “21 años de luchas por la salud mental de la comunidad”.

2da (2023) “Articulaciones entre espacios de vida y espacios de atención: conceptos y prácticas para el trabajo comunitario en salud mental”–Proyecto “Salud mental en cena: una iniciativa de educación en salud mental”, estudiantes de la enseñanza fundamental, Brasil

3ra (2024) “El sistema de salud y el médico de familia en Colombia”–“O sistema de saúde e o médico de família”.

4ta (2024) “La Medicina Familiar: cuestiones de trabajo, formación y salud mental” en Colombia y Brasil, con introducciones sobre los sistemas de salud en sus y luchas laborales como condición de salud mental.

5ta (2024) “Salud Mental y Democracia: El sostén de lo común frente al avance de las lógicas de la crueldad” como pre-encuentro de la IV Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria, Pasto, Colombia.

Pasantías internacionales: Visitas de residentes de la Esp. en Medicina Familiar de la UPTC, a las Unidades Básicas de Salud y la Red de Atención Psicosocial del Sistema Único de Salud-SUS en Pelotas-Brasil. Bajo la docencia de profesionales del Departamento de Medicina Social y del posgrado en Salud Mental de la Faculdade de Enfermagem, los/as residentes logran conocer la historia, estructura y prácticas de los diferentes servicios e iniciativas del SUS. Se realizan valiosos ejercicios de política comparada entre sistemas universales y por aseguramiento, que se han consolidado en ponencias académicas. Entre 2023 y 2025, han rotado once residentes (4).

Sitio Web La Oveja Negra. Pagina virtual bilingüe, en la que se consolida la imagen y sentido de la iniciativa. En ella se publican avances académicos, noticias de acciones en salud y otros elementos de importancia universitaria y social. La idea de “La Oveja” ha permitido versatilidades como “La Oveja científica” “La Oveja Universitaria” o la “La Oveja Musical”, entre otras, que descentra la iniciativa de los aspectos meramente formales de la academia y convida a intercambios populares y culturales como elementos integrales de la salud mental (<https://wp.ufpel.edu.br/ovejaneegra/es/>).

CONSIDERACIONES

La Oveja Negra constituye una alternativa dinámica, participativa y creativa para al desarrollo de convenios interinstitucionales relacionados con la salud mental. Su mirada amplia, decolonial y democrática, ha permitido diálogos desde nuestras propias referencias y prácticas latinoamericanas

en salud mental. Además, ha aportado al trabajo académico la pulsación de las calles y de las luchas cotidianas de nuestras comunidades. Ello ha contribuido a pensar unas prácticas clínicas, territoriales, laborales y de formación de profesionales de la salud, más sintonizadas con las realidades de las poblaciones y con la necesidad de mejorar sus condiciones de vida y sus sistemas de salud para avanzar en una salud mental colectiva.

Nuestra intención es que la Oveja Negra sea cada vez más inclusiva, sumando actores que se identifiquen y tengan el deseo de promover una salud mental para todos y todas.

REFERENCIAS

- [1] Red Internacional de Prácticas y Experiencias de Cuidado en Salud Mental (RIPEC-SM). 2025. Disponible en <https://www.youtube.com/@ripec-sm2963>
- [2] Convenio marco de cooperación internacional institucional entre la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y Universidad Federal de Pelotas. Tunja, Pelotas; 14 abr. 2023.
- [3] Charlas Ovejas. En: La Oveja Negra. Colaboración internacional en salud mental comunitaria–UFPEL + UPTC. 2025. Disponible en <https://wp.ufpel.edu.br/ovejanegra/charlas-ovejas/>
- [4] Residentes de Medicina Familiar de UPTC en Pelotas. En: La Oveja Negra. Colaboración internacional en salud mental comunitaria–UFPEL + UPTC. 2025. Disponible en: <https://wp.ufpel.edu.br/ovejanegra/es/2024/06/15/residentes-de-medicina-familiar-de-uptc-en-pelotas/>

LAS PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD COLECTIVA EN DOMINICANA. UNA EXPERIENCIA A REFLEXIONAR

José Selig¹

Nelson Martínez

Khaterine Victorio

Penélope Parra

Nicole Galán

Estefanía Henríquez

Eslin Cipion Bueno

Nidia Vargas

INTRODUCCIÓN

La decisión de priorizar que investigar pretende cambios positivos de los indicadores de salud y de la vida desde un enfoque de equidad, lo que hace necesario el valorar cuales campos de actuación son de mayor impacto para el logro de los objetivos, condicionado con la capacidad de respuesta que disponemos. Priorizar objetivos de salud implica decidir que investigaciones debo priorizar⁽¹⁾. La OMS reconoce que son muy diferentes las formas de identificar las prioridades de investigación⁽²⁾. La mayoría de ellas hacen referencia a criterios como: la magnitud o frecuencia del problema, eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones, opinión de actores sociales. También, la relación entre el costo y los resultados y el interés local. La propuesta de prioridades de investigación en salud que les presentamos es diferente. Se ha construido sobre la base de los problemas de desarrollo del sistema nacional de salud para el momento actual, lo que combina los problemas de salud de la población con problemas de gestión del sistema nacional de salud. El contenido de la propuesta es coherente con el enfoque de la salud colectiva que promueve ALAMES y, por ello, no se corresponde con la versión tradicional de la salud pública, centrada en la enfermedad y que, por tanto, privilegia la investigación en el campo biomédico tras las respuestas para atender a quienes se enferman.

OBJETIVO

Se pretende exponer y difundir la experiencia sobre como se han definido las prioridades de investigación en salud dirigidas por el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, tomando como fundamento la situación del sistema de salud y los problemas de salud de la población desde un enfoque de salud colectiva, con la intención de provocar un debate que nos haga reflexionar sobre las formas tradicionales de definir estas prioridades.

1

Ministerio de Salud Pública. Miembro ALAMES República Dominicana. E-mail: jselig13@gmail.com

METODOLOGÍA

La investigación es fundamental para el desarrollo de los sistemas de salud. “Para mejorar la salud pública y comprender los aspectos económicos y la mecánica de los sistemas de salud, se requiere una amplia gama de métodos de investigación” ⁽³⁾. En la llamada Agenda Nacional Prioritaria de Investigación para la Salud” ⁽⁴⁾, se establecen 19 áreas prioritarias, con entre 17 y 53 prioridades. En total, 457, referidas a enfermedades o entidades clínicas. La necesidad de cambio estaba más que fundamentada. El punto de partida: la política de salud deseada en que la salud es un derecho y un producto socialmente determinado, que se presenta de forma desigual entre los grupos sociales, por lo que el sistema de salud ha de estar orientado a mejorar los indicadores de salud y la satisfacción de sus usuarios, bajo un enfoque de equidad. Esto orienta a que la investigación en salud debe estar enfocada en mejorar el sistema de salud. Por criterios de expertos y discusiones con actores sociales, se identificaron los siguientes problemas del sistema: muy enfocado en atender la enfermedad y no en producir salud; no reconoce las desigualdades entre grupos sociales; poco enfocado en la equidad y en la calidad; de limitada capacidad para protección e inclusión social; debe fortalecer su capacidad de actuar ante situaciones de emergencias sanitarias. A partir de los problemas del sistema, se definieron cinco ámbitos de actuación prioritaria para la función de investigación en salud. A partir de los ámbitos se definieron 12 líneas de investigación: caracterización y distribución de comportamientos saludables en poblaciones; valoraciones sobre el nivel de desarrollo de las capacidades o potencialidades humanas en los grupos poblacionales; caracterización y distribución de los riesgos de enfermar en grupos poblacionales; evidenciar la magnitud y la distribución entre los grupos poblacionales de las enfermedades de mayor interés para la salud pública; generar evidencia respecto a los determinantes sociales o determinación social de la salud; aportar evidencias para el diseño y la evaluación de modelos de organización y funcionamiento de los servicios y programas de salud; generar evidencias para el desarrollo de la gestión clínica de los eventos de interés para la salud pública y de mayor carga de enfermedad en el país; generar evidencias para identificar y analizar la calidad de la atención en salud; producir análisis, evaluación y desarrollo del sistema de salud; establecer la situación de equidad en salud; medición y análisis del financiamiento, el gasto y la gestión del financiamiento en salud; caracterización, distribución y control de situaciones de riesgo de emergencia sanitaria por territorios y por grupos poblacionales. Para cada línea de investigación se presentan 3 temas de investigación en salud, en total 36 líneas, pero que pueden ser añadidos otros y los que están pueden ser suprimidos. Su discusión amplia permitió su oficialización.

CONSIDERACIONES

A través de este ejercicio, de mucha discusión y adopción de cambios para lograr consensos, se puso a disposición de los integrantes del sistema de salud dominicanos, un documento que muestra las prioridades de investigación en salud para desarrollo del sistema de salud determinadas por las necesidades de la población y condicionadas por los recursos disponibles y el nivel de desarrollo del sistema. Es evidente que el enfoque que desarrolla se fundamenta en la salud colectiva, superando a los

listados de temas sustentados en enfermedades o condiciones clínicas bajo variables de persona. Sobre la base de estas prioridades, se orienta a desarrollar la función de investigación dirigida a producir nuevos conocimientos que permitan una mejor lectura de la situación de salud y su determinación, generar evidencias para definir y diseñar nuevas tecnologías, así como para medir y valorar el desarrollo y la evaluación de intervenciones y tecnologías. La evaluación de su desarrollo es otro tema.

REFERENCIAS

- (1) Republica Dominicana. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Prioridades de Investigación en Salud. Santo Domingo: DASIS; 2021.
- (2) World Health Organization. A systematic approach for undertaking a research priority setting exercise. Guidance for WHO staff. Geneva: World Health Organization; 2020.
- (3) Etienne C; Abbasi K; Cuervo L. La evolución de la investigación para la salud redefinirá las agendas nacionales de salud. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:1-2. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k2944>
- (4) Republica Dominicana. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Política Nacional de Investigación para la Salud. Santo Domingo: DISA; 2014.

MANEJANDO A SELETIVIDADE ALIMENTAR INFANTIL POR MEIO DE INTERCONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alessandra Sales da Costa¹

Rafaela Martinho Tobler

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A seletividade alimentar infantil corresponde a uma complexa manifestação comportamental caracterizada por recusa alimentar, desinteresse pelo alimento e pouco apetite, limitando, dessa forma, a variedade e a qualidade nutricional dos alimentos consumidos pela criança. Esse fenômeno tem sido estudado de maneira interdisciplinar, visto que sua etiologia abrange aspectos biológicos, socioculturais, econômicos e psicológicos. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta preferencial de entrada dos usuários do SUS, consolidou-se nos territórios a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), permitindo maior vínculo com a população local, auxiliando na identificação de demandas, considerando a complexidade e a subjetividade de cada território, em prol do desenvolvimento de ações de promoção da saúde. A interconsulta na APS permite a atuação multiprofissional, fortalece a integralidade do cuidado através do cuidado compartilhado, amplia a capacidade de resolução da equipe de saúde e diminui a quantidade de encaminhamentos para outros níveis mais complexos de atenção à saúde. É importante que as atividades lúdicas estejam presentes no cuidado infantil, permitindo o desenvolvimento de habilidades físicas, afetivas e cognitivas, fortalecendo a autoestima, a autoconfiança e o autoconhecimento [1-4].

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do manejo da seletividade alimentar infantil por meio de interconsultas na APS, especificamente em uma Unidade de Saúde da Família em Petrópolis/RJ, a partir da conduta conjunta de profissionais da Psicologia e da Nutrição Residentes em Atenção Básica pelo Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, baseado na vivência das residentes no período de agosto de 2024 a fevereiro de 2025. O estudo de caso em questão é sobre uma criança de dez anos, do sexo feminino, que foi encaminhada pela Enfermagem ao atendimento Nutricional e Psicológico, devido a uma suspeita de Seletividade Alimentar. Após o encaminhamento, o trabalho interdisciplinar foi iniciado, a fim de promover uma avaliação aprofundada do caso. Durante um período de seis meses, foram realizadas quatro interconsultas, contemplando atendimentos com

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: rafamtobler@gmail.com

a criança e familiares. Nesses atendimentos, foram utilizados materiais lúdicos, recursos terapêuticos, fichas de incentivos, acolhimento psicológico, orientações alimentares e nutricionais, técnicas de relaxamento, estratégias de exposição e experimentação alimentar para favorecer a aceitação de novos alimentos.

RESULTADOS

Os resultados da avaliação das profissionais indicaram que a criança apresentou peso apropriado à idade e estatura, mas prejuízos nutricionais e psicológicos, os quais foram trabalhados em sessões. A nível nutricional, a criança apresentou dieta restrita, com ingestão limitada de alimentos in natura ou minimamente processados, o que afetava negativamente sua relação com os alimentos e a ingestão de nutrientes essenciais. Foi possível observar um alto consumo de alimentos ultraprocessados; resistência em experimentar novos alimentos (Neofobia Alimentar), náuseas nesses momentos específicos; monotonia alimentar; uso de mamadeira; situação familiar e socioeconômica complexas; ausência de alergias, intolerâncias ou comorbidades. Já a nível psicológico, a criança relatou sensação de vergonha e incapacidade por não conseguir se alimentar em situações sociais e demonstrou ansiedade diante da possibilidade de experimentar novos alimentos. Não evidenciou indícios compatíveis com Transtorno do Espectro Autista (TEA), reforçando que nem toda criança que apresenta Seletividade Alimentar possui TEA. Ao longo das consultas, a criança foi apresentando evolução na experimentação de novos alimentos, reduzindo gradativamente o medo em relação a eles. É importante ressaltar a importância do vínculo profissional-paciente do caso descrito, pois foi através do vínculo e do respeito que a criança sentiu-se confortável para realizar as experimentações, não sendo forçado a ela qualquer atividade, com ações combinadas em conjunto. A responsável também recebeu orientações sobre como reproduzir essas estratégias em casa, levando em consideração o acesso financeiro e a rotina familiar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que a atuação multiprofissional garantiu um cuidado integral, com resultados positivos, promovendo avanços no desenvolvimento biopsicossocial da atendida. Reforça-se a necessidade de um cuidado compartilhado longitudinal, persistente e corresponsável entre familiares e profissionais dos mais variados setores (saúde, educação e assistência social) para um efetivo tratamento, visto que a Seletividade Alimentar é multifatorial e apresenta determinantes sociais, econômicos, culturais e psicológicos. É importante que as ferramentas educativas de trabalho sejam produzidas com inclusão da criança assistida, para que a mesma sinta-se participante do processo de cuidado. São necessárias também, cada vez mais, políticas públicas voltadas para a saúde da criança, principalmente refletindo-se sobre os grupos mais vulneráveis, e levando em consideração a proteção e a promoção de saúde do público infantil.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- [2] Franke CM; Ianiski VB; Haas LCS. O atendimento compartilhado na perspectiva da atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. Rev Contexto Saúde. 2018;18(35):111-115. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7081>.
- [3] Moura RVB. A importância dos jogos e brincadeiras no processo de aprendizagem na educação infantil [Trabalho de Conclusão de Curso. Campina Grande: UEPB; 2022.
- [4] Sociedade Brasileira De Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Guia de orientações: Dificuldades alimentares. São Paulo: SBP; 2022.

MÃOS LIMPAS, CORPO SAUDÁVEL: ATIVIDADES DE PROMOÇÃO À SAÚDE COM CRIANÇAS

Daniel Vannucci Dóbies¹

Geovani C. Adorno

Julia Mara Aiarroio

Mariana P. Barcellos

Valentina Ferreira

Rony Conceição Gomes

Augusto G. A. Lichti

João Gabriel B. Rossi

Maria Camila Rincon Velásquez

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A promoção à saúde é orientada pelo desenvolvimento de recursos e condições para ampliar as experiências de plenitude da vida, fortalecendo as potencialidades, as capacidades e habilidades de cuidado e autonomia das pessoas. Desta maneira, a promoção da saúde infantil vai além da prevenção de doenças, abrangendo práticas essenciais para o bem-estar. É uma ação em saúde bastante destacada pelos organismos internacionais de saúde e está incorporada nas políticas públicas nacionais¹. No sistema único de saúde, a promoção à saúde é particularmente realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde, inclusive em parceria com entidades do território das unidades. No contexto de uma organização não governamental (ONG) voltada para educação de crianças no contraturno escolar em um bairro popular de uma cidade do interior do estado de São Paulo, este projeto buscou entender como as crianças cultivam hábitos saudáveis e encontrar maneiras de contribuir com elas, suas famílias e seus educadores na construção de consistências dessas práticas, assim como no acesso a novas possibilidades de cuidado, visando um bom desenvolvimento infantil. Com foco na higiene pessoal de crianças entre 8 e 11 anos, foram adotadas estratégias interativas para tornar o aprendizado acessível e envolvente, ao encontro do potencial da ludicidade.²

OBJETIVO

Promover a higiene pessoal em crianças de 8 a 11 anos por meio de atividades educativas e interativas, incentivando a adoção de hábitos saudáveis de maneira lúdica e significativa, além de fortalecer a conexão entre conhecimento e prática no dia a dia.

METODOLOGIA

O projeto foi realizado em dois dias, com 42 crianças da ONG, conduzido por estudantes

1

Universidade Federal de São Carlos. E-mail: danieldobies@ufscar.br

da atividade curricular da Prática Profissional do 2º. ano de medicina de uma universidade federal do interior do estado de São Paulo. No primeiro dia, montou-se uma sessão de cinema com o filme *Osmose Jones—Uma Aventura Radical pelo Corpo Humano* para introduzir o tema de forma divertida³. Após a exibição, foi aplicado um quiz sobre higiene pessoal com perguntas de múltipla escolha dirigido a todas as crianças. A cada resposta era realizado um diálogo entre os estudantes e as crianças. No segundo dia, foram realizadas duas atividades concomitantes, com o grupo dividido: a Gincana e a Oficina de Lavagem de Mãos. Na Gincana, as crianças foram divididas em duas equipes e participaram de um *jogo da velha* adaptado, no qual precisavam responder corretamente perguntas sobre higiene para poder marcar no jogo. A dinâmica começava com uma amarelinha, depois chutes de pênalti e quem fizesse o gol primeiro, poderia responder a pergunta e, caso errasse, seu adversário ganhava a chance de responder. A atividade ocorreu na quadra, utilizando bolas, bambolês e um megafone para animar as crianças. Na Oficina de Lavagem de Mãos, as crianças receberam instruções sobre a técnica correta de higienização das mãos. Para tornar o aprendizado mais interativo, foi utilizada tinta guache para simular sujeira. Após a aplicação da tinta, elas foram vendadas e desafiadas a lavar as mãos sem enxergar, confiando apenas na memória dos passos ensinados. No encerramento, os grupos se reuniram para uma conversa aberta sobre as atividades. Foram distribuídos panfletos informativos e algumas recompensas simbólicas, como balas e chocolates, como incentivo à participação.

A exibição do filme e o quiz despertaram interesse e engajamento entre as crianças. Durante a gincana, observou-se participação ativa, cooperação e aprendizado dos conceitos abordados. A oficina de lavagem de mãos demonstrou a importância do aprendizado prático, evidenciando que muitas crianças inicialmente não realizavam a higienização corretamente, mas conseguiram aprimorar a técnica ao final da atividade. O envolvimento dos participantes e a interação com os estudantes de Medicina criaram um ambiente educativo positivo. O *feedback* recebido tanto das crianças quanto da equipe da ONG foi positivo, reforçando a eficácia das estratégias empregadas.

A utilização de atividades lúdicas para a promoção da saúde tem se mostrado uma estratégia eficaz, pois estimula o aprendizado de maneira dinâmica e participativa. Estudos apontam que crianças aprendem melhor quando envolvidas em experiências interativas^{4,5}. A gincana educativa favoreceu o raciocínio rápido e a cooperação, enquanto a oficina de lavagem de mãos proporcionou um aprendizado prático essencial para a prevenção de doenças. A exibição do filme e o quiz serviram como estratégias introdutórias eficazes, facilitando a assimilação dos conceitos abordados nas atividades seguintes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto demonstrou que a promoção da higiene pessoal pode ser abordada de maneira eficaz por meio de métodos lúdicos e interativos. A combinação de filme, gincana e oficina prática possibilitou um aprendizado significativo, potencializando hábitos saudáveis entre as crianças. A receptividade e o engajamento dos participantes reforçam a importância de iniciativas semelhantes em ambientes educativos e comunitários.

Apesar dos bons resultados, algumas limitações foram identificadas: a curta duração das atividades restringiu a possibilidade de aprofundamento de alguns temas e não foi possível avaliar a retenção do conhecimento a longo prazo. Sugere-se que futuras ações incluam um acompanhamento contínuo para verificar se os hábitos ensinados foram incorporados ao cotidiano das crianças. Além disso, sugere-se a ampliação do projeto para incluir outros aspectos da saúde infantil, garantindo um impacto duradouro na vida das crianças.

REFERÊNCIAS

- (1) Gonçalves FD et al. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface*. 2008;12(24):181-92.
- (2) Barba PCSD et al. Promoção da Saúde e Educação Infantil: Caminhos para o desenvolvimento. *Revista Paidéia*, 2003;13(26):141-146.
- (3) Eckert GL, Baumgratz CE, Hermel, EES. Filmes, saúde e ensino de ciências: Concepções dos Alunos a Partir do Filme "Osmose Jones". *Rev Context Educação*. 2022;37(117): 167-176.
- (4) Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(6):1777-1788.
- (5) Maia ER et al. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. *Rev Nutrição*. 2012;25(1):79-88.

MAPEAMENTO DE EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Alda Lacerda¹

Mirna Teixeira

Denise Paiva

Julia Costa

Elyne Engstrom

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O crescimento da população em situação de rua (PSR), é uma realidade em todo o território nacional e reflete a pobreza, as desigualdades sociais, a miséria e as iniquidades cada vez mais acentuadas pelo modo de produção capitalista. Trata-se de uma população vulnerabilizada, excluída socialmente e privada dos direitos sociais que asseguram a dignidade da vida.

Em 2023, o governo federal lançou o Plano Nacional Ruas Visíveis para monitorar e efetivar a Política Nacional para a PSR e fortalecer a atenção, o cuidado e a garantia de direitos¹. Diante da complexidade que envolve a situação de rua, fortalecer o cuidado integral implica em ampliar as redes intrasetoriais e tecer articulações com outros setores. Nessa perspectiva, é relevante conhecer as experiências bem sucedidas de cuidado integral para a PSR que vêm sendo desenvolvidas no país, entendendo como bem sucedidas as experiências que fortaleçam as articulações intra e intersetoriais, trabalhem com a baixa exigência², contribuam para a inclusão social, para a geração de renda e favoreçam o reconhecimento da PSR como sujeitos de direitos.

OBJETIVO

Conhecer as experiências, projetos e práticas de cuidado integral em saúde e intersetoriais para a população em situação de rua em todo o território nacional. Mapear as experiências de cuidado integral em saúde e intersetoriais voltadas para a PSR no país; Analisar as ações de cuidado intra e intersetoriais presentes nas experiências, nos projetos e nas práticas sociais mapeadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória sobre as experiências de cuidado voltadas à PSR. Nessa fase da pesquisa está sendo realizado o mapeamento das experiências por meio de um formulário eletrônico do *google forms* para trabalhadores da saúde, centros de pesquisa, lideranças e movimentos sociais que atuam junto a essa população e/ou tenham trajetória de rua.

O formulário foi enviado para 53 pessoas com o potencial de ser informantes-chave, com a orientação de repassarem para outros informantes, utilizando-se assim a metodologia de bola de neve.

1 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz. Email: alda.lacerda@fiocruz.br

Do período de 06 de março até 05 de abril tiveram 42 respondentes, mas o preenchimento se manterá aberto até agosto de 2025.

O formulário contém as seguintes informações que serão analisadas: nome da experiência; local (estado, município); tempo de funcionamento; setores envolvidos (saúde, assistência social, moradia/habitação, geração de renda, justiça, outro, podendo ser marcado mais de um item); público alvo da experiência, tipo de experiência (pública, organização da sociedade civil, outro); se tem algumas sistematização da experiência e, por fim, tem a opção de fazer comentário, sugestão ou indicação de outras experiências.

RESULTADOS

Dos 42 respondentes, 12 não conheciam nenhuma experiência e 30 relataram conhecer alguma experiência pública (n=24) ou da organização da sociedade civil (6). As experiências foram referidas como fazendo parte do setor saúde (n=25), da assistência social (n=24), da justiça (n=10), da geração de renda (n=8), da moradia e habitação (n=6), lembrando que a experiência poderia ser incluída em mais de um setor. Outros setores informados foram: Educação, Guarda Municipal, Causa Animal, Direitos Humanos, Acolhimento, Comunicação e Mobilização Social. A causa animal pode gerar estranhamento à primeira vista, mas reflete a estima dos moradores em situação de rua aos animais, principalmente os cães, que passam a ser considerados como parte da família.

As experiências do setor saúde referidas estão relacionadas às equipes de consultório na rua, que são equipes de atenção primária que atendem à PSR de forma itinerante, seja ofertando ações de cuidado no território da rua ou na Unidade Básica de Saúde. Tais equipes operam na lógica de um cuidado ampliado que se articula com outros setores, principalmente assistência social e a justiça.³

O mapeamento trouxe informações relevantes, como a presença de experiências com geração de renda e moradia que são pautas de luta dos movimentos sociais da PSR e fundamentais para a inclusão social. A articulação dos diversos setores permite ampliar a lógica de cuidado, incluindo a determinação social do processo de saúde-doença, de modo a fomentar políticas públicas que promovam a melhoria das condições de vida e a reinserção social dessa população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O cuidado da PSR precisa incluir o acesso com resolutividade e equidade a todos os níveis de atenção do SUS, mas também a garantia de direitos como moradia, geração de renda, justiça social, entre outros bens sociais que afetam diretamente as condições de vida e saúde da população. Cabe destacar que, não obstante às limitações do instrumento, o objetivo de fazer um mapeamento inicial foi realizado e trouxe informações importantes que precisarão ser exploradas, em outro momento, por meio de visitas aos locais e realização de entrevistas e outras técnicas de coleta apropriadas.

São essas experiências de articulações intra e intersetoriais que de fato ampliam a compreensão do processo saúde-doença da PSR e podem trazer subsídios para rever o modelo de

cuidado com ênfase nas doenças para um cuidado ético e político que promova a inclusão social e o acesso aos direitos de cidadania.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua–Ruas Visíveis. Brasília, DF: MDHC; 2023.
- (2) Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec, 2015.
- (3) Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de consultório na rua: desafios da clínica em defesa da vida. Saúde debate. 2019; 43(7):50-61.

MAPEAMENTO DO PERFIL DE ESTUDANTES DE MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE NO INTERIOR DE SÃO PAULO: HÁ PRESENÇA DE POPULAÇÕES (IN)VISIBILIZADAS?

Adriano Rodrigues Luz¹

Rony da Conceição Gomes

Natália Sevilha Stofel

Carolina Ferreira

Pedro Mendonça de Oliveira

Giovanna Veridiano da Silva

Aline Barreto de Almeida Nordi

Willian Fernandes Luna

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Analisando o contexto atual e prévio sobre o perfil dos estudantes nas escolas médicas do Brasil, evidencia-se que os cursos de graduação em medicina não possuem presença representativa de toda a população brasileira [1]. É perceptível, nesse contexto, a presença majoritária de pessoas que detêm poder econômico e político, incluindo corpo docente e gestor, e uma tímida presença de pessoas de populações (in)visibilizadas [2] [3]. Para esta pesquisa, foram consideradas populações (in)visibilizadas, pessoas com deficiência, LGBTQIA+, pretos, pardos, indígenas e imigrantes (refugiados). Tal desigualdade é reflexo da manutenção de um longo processo com raízes históricas e, nesse sentido, o preconceito e a exclusão estão presentes em todas as esferas sociais e reforçam a disparidade nas condições de acesso à educação de grupos sub-representados. Reconhecendo esse cenário de desigualdades, foram implementadas as Políticas de Ações Afirmativas, visando superar parte das desigualdades sociais ao ampliar possibilidades de acesso à graduação para grupos historicamente excluídos. Dessa forma, o perfil dos estudantes universitários brasileiros está sofrendo mudanças em todos os cursos de nível superior [4]. Portanto, este estudo justificou-se pela necessidade de reconhecer a presença dessas populações na escola médica, sendo compreendida pelo ingresso, permanência e conclusão do curso.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil e o acesso dos estudantes de medicina de uma universidade pública no interior de São Paulo, principalmente dos que se autodeclararam pertencentes a grupos de populações (in)visibilizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo exploratório e descritivo. O campo de pesquisa foi o curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos. Para o mapeamento, foram participantes da pesquisa e compuseram a amostra: estudantes do curso de medicina ativamente matriculados em uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, com 18 anos ou mais, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico digital, aplicado presencialmente às turmas do 1º ao 6º anos do curso. A análise descritiva, com proporções absolutas e relativas, foi realizada através do software Excel.

RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e dezembro de 2024. Durante este período, havia um total de 234 estudantes com matrículas ativas e 2 com inativas. Havia no primeiro ano do curso: 44 estudantes; no segundo ano, 39 (com uma matrícula inativa); no terceiro, 36 estudantes (com uma matrícula inativa); no quarto ano, eram 38 estudantes; no quinto ano, 41 estudantes; no sexto ano, 38 estudantes. Foram respondidos 188 questionários, totalizando 80,34% de estudantes matriculados no curso. Houve 7 respostas em branco. O perfil do curso apresenta-se com 63,5% autodeclarados brancos, 21,9% pardos, 5,7% pretos, 5,7% amarelos e 2,6% indígenas. Dos respondentes, 97,9% são brasileiros, 58,6% declarou-se mulher cisgênero, 39,8% homem cisgênero e 1% não-binário. Quanto à orientação sexual, a maioria é heterossexual (77,6%), seguida de bissexual (14,1%) e 4,2% são homossexuais. As pessoas com deficiência somam cerca de 6,3%. Com relação à renda média familiar, 42,9% responderam receber mais de R\$7000/mês. Do ingresso, 45,3% ingressou no curso por ações afirmativas e somente 22% está em algum programa de auxílio à permanência estudantil.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O perfil geral de estudantes de medicina está mudando ao longo dos anos, todavia percebe-se a manutenção de um grupo elitizado e pouco representativo da população brasileira em geral [4]. Na universidade pesquisada, houve presença de populações (in)visibilizadas que ingressaram no curso principalmente por meio de ações afirmativas, fundamentais, favorecendo a diversidade e os direitos desses cidadãos. Portanto, é imperativo que essas políticas sejam mantidas e ampliadas, no sentido de trazer equidade e transformando a Universidade em um ambiente mais inclusivo e acolhedor, além de provocar a formação de profissionais de saúde de diferentes grupos sociais para o sistema de saúde. Para além dos impactos para os estudantes de populações (in)visibilizadas, ter um grupo na escola médica diverso possibilita a formação de profissionais mais conscientes sobre política e desigualdades sociais, além de prepará-los para atender melhor às necessidades de uma sociedade plural.

REFERÊNCIAS

- [1] Borret RH, Araujo DH, Belford PS, Oliveira DO, Vieira RC, Teixeira DS. Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. Rev. bras. educ. méd. 2020;44(sup. 1).
- [2] Ristoff D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. Avaliação: Rev. aval. educ. sup. 2014;19(3):723-747.
- [3] Souza PG, Pôrto AC, Souza A, Júnior AG, Borges FT. Perfil Socioeconômico e Racial de Estudantes de Medicina em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. Rev. bras. educ. méd. 2020;44(3).
- [4] Scheffer M et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023.

MATRICIAMENTO INTERSETORIAL COM AS ESCOLAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Roberta Dorneles Ferreira da Costa Silva¹

Joana Angélica Barbosa Lopes

Catalina Kiss

Christiane dos Santos Teixeira Delphin

Arthur Lobo Costa Mattos

Marilena Cordeiro Dias Villela Correa

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A metodologia do Apoio Matricial tem como premissa organizar o trabalho interprofissional em equipes de saúde como também em redes de atenção à saúde (CAMPOS, 1999). Para isso, apoia-se em conceitos como cogestão, trabalho compartilhado e interdisciplinariedade, o que possibilita uma ampliação na visão sobre os processos de saúde e adoecimento e a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e trabalhadores apoiadores (CAMPOS et al, 2013).(1,2)

Além de sua utilização clássica, o apoio matricial pode ser aplicado à outros contextos e com enfoques específicos a fim de subsidiar discussões e construir apoios compartilhados entre políticas, fortalecendo a intersetorialidade e ampliando o cuidado da população acompanhada.

Em Campinas, interior de São Paulo, duas Unidades Básicas de Saúde têm realizado mensalmente reuniões de apoio matricial com trabalhadores da saúde, assistência social e educação a fim de discutir situações envolvendo, principalmente, as crianças e adolescentes do território e suas famílias.

Mais do que o compartilhamento do cuidado, a metodologia do apoio matricial também exerce uma função de formação continuada, pois para conduzir os casos de modo compartilhado os profissionais precisam ampliar a comunicação entre eles realizando um trabalho nos limites das fronteiras de suas distintas formações (CASTRO et al, 2016).(3)

OBJETIVO

O objetivo deste relato é apresentar a experiência de um apoio matricial intersetorial direcionado às demandas escolares, evidenciando como essa abordagem contribui para o desenvolvimento profissional dos educadores e para a melhoria do ambiente escolar.

METODOLOGIA

Mensalmente, os casos são levados pelos trabalhadores e discutidos de forma ampliada entre as três políticas (saúde, assistência social e educação) para qualificar os atendimentos realizados por cada

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: b202893@dac.unicamp.br

serviço, bem como planejar ações em conjunto e compartilhar os projetos terapêuticos que cada serviço vem desenvolvendo com as crianças, adolescentes e suas famílias.

Essa iniciativa é relativamente nova e vem sendo coordenada pela equipe multiprofissional (e-Multi) responsável pelas Unidades Básicas de Saúde, esses trabalhadores têm exercido o papel de apoiadores matriciais. Com datas fixas definidas no início do ano, os trabalhadores da educação de algumas escolas de ensino infantil, fundamental e médio do território comparecem juntamente com representantes de serviços da assistência social e saúde para discussão dos casos, o local das reuniões é rodiziado entre os espaços das instituições que participam para favorecer que os trabalhadores conheçam e se reconheçam no seu território de atuação.

Essas discussões de caso são conduzidas pelos apoiadores matriciais e contam com a participação ativa dos educadores, promovendo um espaço de compartilhamento de experiências e construção coletiva de saberes. Também são dadas devolutivas de casos discutidos em encontros anteriores, funcionando como uma espécie de monitoramento sistemático e longitudinal dos casos das crianças, adolescentes e suas famílias, com atualizações feitas pelos próprios trabalhadores.

RESULTADOS

Os resultados do apoio matricial intersetorial com foco na educação foram significativos. Observamos uma mudança por parte dos trabalhadores na forma de levar o relato dos casos: Inicialmente eram relatos mais desorganizados e fragmentados que, ao longo dos encontros, passaram a ser mais detalhados, coerentes e com foco cada vez maior nas necessidades da criança, adolescente e suas famílias, o que demonstra uma qualificação proporcionada pelo apoio matricial intersetorial, já que essas foram indicações feitas pelos apoiadores matriciais.

Os trabalhadores da educação relataram que após o início dos encontros de matriciamento, passaram a se sentir mais apoiados em suas práticas e com condições de buscar os fluxos devidos para ter o suporte necessário, a depender da situação em que o jovem e ou criança se encontravam.

Durante a discussão de um caso de uma adolescente, um professor se emocionou ao compartilhar suas angústias e dificuldades e foi acolhido por todos do grupo, o que contribuiu para o fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores e a construção de um ambiente mais colaborativo entre os profissionais, tornando possível o compartilhamento do cuidado da jovem pela escola e Centro de Saúde.

Além disso, a prática dos educadores tem passado por um processo de constante aprimoramento, o que permitiu uma leitura mais ampliada de alguns fenômenos discutidos em encontros anteriores. Um exemplo disso foi a identificação, por parte da escola de educação infantil, do grupo de estimulação sensorial ofertado pela UBS como possibilidade terapêutica para o caso de uma criança com hipótese diagnóstica de TEA, ou ainda, o relato de uma diretora que soube acolher e lidar melhor com as situação de conflito e violência física entre os alunos após discutir sobre o tema no matriciamento.

Leite (2022) aponta o quanto narrativas de violência nas escolas aparecem amplamente entre os relatos de adolescentes, comparando exemplos da exposição direta à violência e dos efeitos dela para a saúde mental. Além disso, a autora aponta a importância do sistema educacional enquanto ponto da rede de cuidado para situações de exposição à violência.(4)

De modo geral as discussões dos casos abordaram temáticas diversas: Transtornos do neurodesenvolvimento, questões comportamentais e de saúde mental envolvendo os adolescentes e suas interações sociais na escola, dificuldades de aprendizado, os impactos da violência na saúde mental dessa população e o reconhecimento de que o enfrentamento dessas questões só é possível por meio do cuidado em rede.

Vale ressaltar que, embora outras temáticas tenham sido identificadas e trabalhadas a partir dos casos, ficou claro no relato dos trabalhadores de todas as políticas que as situações de violência atravessaram todos os casos discutidos, seja pela exposição direta, indireta ou de forma estrutural e que esses impactos geraram efeitos de agudização das situações pré-existentes.

Outro resultado importante foi o relato da diminuição da sensação de sobrecarga emocional dos educadores, que passaram a contar com um espaço seguro para expressar suas preocupações e buscar apoio na rede de cuidado. Isso provavelmente impactará em um ambiente escolar mais saudável e menos violento a longo prazo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência do apoio matricial intersetorial com as escolas demonstrou ser uma estratégia eficaz para fortalecer a atuação dos trabalhadores da educação.

A cogestão e corresponsabilização do cuidado em rede, o suporte técnico e pedagógico, além da construção e fortalecimento de redes intersetoriais colaborativas proporcionaram um ambiente de trabalho mais qualificado e menos solitário para a educação, resultando em melhorias significativas no cuidado aos alunos.

É fundamental que iniciativas como essa sejam ampliadas e sistematizadas, garantindo que todos os profissionais da educação tenham acesso ao apoio necessário para enfrentar os desafios do cotidiano escolar. A forma como a educação é estruturada no Brasil tem tornado essa política rígida, limitando suas possibilidades de atuação e isolando seus trabalhadores.

O apoio matricial não apenas beneficia os educadores, mas também impacta positivamente a aprendizagem dos alunos, promovendo uma educação de qualidade e mais inclusiva. Essa experiência ilustra a importância de nos debruçarmos para o cuidado de situações de violência envolvendo o público infantojuvenil e de sermos criativos na construção de espaços que priorizem a formação e o suporte aos trabalhadores da educação, reconhecendo seu papel fundamental na vida das crianças, adolescentes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- (1) Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 1999; 4(2):393-403.
- (2) Campos GWS et al. *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013.
- (3) Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das 455 relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde, *Physis Rev Saúde Col.* 2016;26(2):455-481.
- (4) Leite VEP. O que dizem as crianças, pré-adolescentes e adolescentes expostos à violência: Um trabalho de construção narrativa e valorização das experiências [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

MEDIÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Michelle Bernardino¹

Luciane Stochero

Laís Leonardo Fiebig

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência de gênero contra as mulheres (VGCM) é considerada um problema de saúde pública e afeta mulheres em todo o mundo, independentemente de sua raça, idade ou religião¹. A VGCM abrange qualquer ato direcionado às mulheres, no âmbito público ou privado, que possa causar danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade².

São poucas as pesquisas nacionais que abordam a VGCM, dentre elas a Pesquisa Nacional de Saúde, Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), o DataSenado e outras. O SINAN é uma fonte oportuna de informação por incluir características fundamentais das vítimas, do agressor, do evento da violência e seus desdobramentos. Desenvolvido entre 1990 e 1993, e regulamentado em 1998, a base de dados do SINAN é alimentada por meio de fichas individuais de notificação e investigação de casos de doenças e agravos contidos na lista nacional de notificação compulsória, dentre as quais, desde 2011, está a violência interpessoal/autoprovocada³. O Sistema se constitui como ferramenta central para avaliação local, municipal e nacional da Vigilância Epidemiológica da violência, cujo escopo de ações é orientado pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

OBJETIVO

Discutir a qualidade da informação gerada pelo SINAN para a análise de violência contra a mulher, e apontar métodos alternativos a serem aplicados para ampliar a qualidade da informação e a medição do fenômeno.

METODOLOGIA

O SINAN é essencial na vigilância da VGCM, no entanto, apresenta limitações que afetam sua capacidade de representar a violência de gênero. A subnotificação é um problema crítico. Um estudo apontou uma subnotificação dos casos de violência psicológica (98,5%), física (75,9%) e sexual (89,4%) no SINAN (Vasconcelos et al., 2024). Além disso, a completude e a consistência dos dados são falhas, prejudicando a formulação de políticas públicas para grupos vulnerabilizados, especialmente em variáveis chave como raça/cor, escolaridade, sexualidade e localização socioespacial.

1

Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: michelle.bernardino@gmail.com

A notificação não está subordinada à denúncia da vítima, dependendo da iniciativa do profissional de saúde. O profissional, por sua vez, tem uma capacitação desigual entre regiões (Vieira et al., 2016), pode não detectar a violência, decidir não notificar, e está sujeito a vieses como racismo, classismo e machismo.

A autonomia de estados e municípios no SUS, ancorada no princípio da descentralização no modelo federativo, resulta na diversificação da oferta de ações e serviços de saúde para mulheres vítimas de violência. Contudo, a descentralização implica em múltiplas lógicas de produção de dados e restringe a interoperabilidade entre sistemas e os níveis da federação. Além disso, estados que promovem campanhas para incentivar a notificação apresentam taxas de notificação mais altas em comparação com estados que não incentivam a notificação, interferindo na comparação da prevalência entre regiões.

Por outro lado, existem diversas formas de superar os problemas encontrados no SINAN. O estado do Espírito Santo implementou protocolos, fluxogramas de atenção, capacitações em organizações de rede de atenção a nível estatal, entre outros, o que impactou positivamente na notificação a cada ano.

O método de “linkage”, por exemplo, permite que registros do mesmo caso presentes no SINAN e em outros sistemas possam ser combinados em um único registro. O *linkage* melhora a qualidade da informação, auxiliando na tomada de decisões e na formulação de políticas⁴.

Outra estratégia para superar as limitações do SINAN é a criação de instâncias interinstitucionais que compartilhem informações e formem uma rede unificada de acompanhamento dos casos de violência. Atualmente, os dados estão fragmentados entre diversas instituições que não se comunicam nem seguem o mesmo protocolo. As mesas interinstitucionais permitem trocas e checagens entre os órgãos envolvidos, tornando o dado produzido mais robusto e abrangente.

Por fim, pesquisas especializadas sobre o tema devem ser produzidas. Essas pesquisas devem ser desagregadas por sexo, baseadas em dados primários e representativas da população, garantindo também a completude dos campos, permitindo as estratificações de raça/cor, escolaridade e localização socioespacial. Pesquisas desse tipo têm sido fundamentais para incluir a violência de gênero na agenda pública, ao revelar sua real magnitude e urgência.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Fortalecer o SINAN é fundamental, investindo na capacitação dos profissionais de saúde para que preencham corretamente as fichas, identifiquem os casos com maior precisão e saibam lidar com as vítimas de forma sensível e técnica. Também é crucial ampliar as normativas para abranger mais situações de notificação obrigatória. No entanto, o SINAN sempre será uma ferramenta limitada à representação dos serviços prestados, não refletindo o real alcance do problema. Essas limitações dificultam a correta mensuração do fenômeno, comprometendo a tomada de decisões e a formulação de políticas eficazes.

É essencial que o Brasil reconheça a necessidade de produzir dados especializados para intervenção efetiva nos casos de VGCM. Compreender quais perguntas cada método pode responder é essencial. Assim, é necessário buscar alternativas e mobilizar tanto instituições públicas quanto a sociedade civil para promover uma agenda comprometida com a estimativa, compreensão e combate à VGCM.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
- (2) Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución 48/104). Asamblea General de las Naciones Unidas; 1993. Disponível em: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sysa/sistemas-de-informacao/sinan>
- (4) Rocha MS, Oliveira GPD, Guillen LCT, Coeli CM, Saraceni V, Pinheiro RS. Uso de linkage entre diferentes bases de dados para qualificação de variáveis do SINAN-TB e a partir de regras de scripting. Cad Saude Publica. 2019;35:e00074318.

MEDICINA INTEGRATIVA E QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO “CAMINHOS PARA O BEM-ESTAR” COM A COMUNIDADE DA PORTELA

Gabrielle Brandão Vasconcelos¹

Carlos Roberto Falcão de Albuquerque Júnior

Júlia Moura dos Santos

Hellen Mary Costa da Silva

Maria Teresa Castro Lima Pereira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Medicina possui variadas áreas, desde as mais consolidadas até as mais modernas, mas uma coisa é consenso: ela deve ser voltada para a saúde do paciente como um todo. [1] Por isso, a Medicina Integrativa tem ganhado espaço cada vez maior na relação médico-paciente e seus desdobramentos têm obtido êxitos consideráveis para a saúde dos que a procuram. [2] Essa abordagem representa uma visão holística da saúde, ao integrar aspectos físicos, mentais, sociais, culturais e espirituais de cada paciente.[3]

Uma dúvida que surge é: os benefícios da Medicina Integrativa estão ao alcance da maioria da população brasileira? O SUS oferece algumas práticas integrativas, como as que o Ministério da Saúde preconiza, contudo nem sempre a população consegue atendimento.

A partir dessa lacuna, foi idealizado o projeto Caminhos para o Bem-estar com a finalidade de ofertar tais práticas a um público que, muito provavelmente, não a conhecia totalmente. Então, a Faculdade Souza Marques fez contato com o Grêmio Recreativo Escola de Samba Portela, que tem projetos sociais ativos nos bairros de Madureira, Oswaldo Cruz e adjacências e firmou um acordo para que professores da faculdade e externos, acompanhados de alunos do curso de Medicina, ensinassem conhecimentos teórico-práticos para os frequentadores da Portela.

OBJETIVO

O artigo tem como objetivo relatar o projeto “Caminhos para o Bem-estar”, criado para oferecer à comunidade da Portela acesso à conhecimentos sobre medicina integrativa, estimulando o interesse em recorrer a formas holísticas no cuidado em saúde, seja na posterior aplicação dessas em ambiente domiciliar ou dentro do sistema único de saúde (SUS). Além disso, funcionou como uma oportunidade para alunos de medicina se aprofundarem nesse tema, contribuindo para sua formação acadêmica.

METODOLOGIA

O projeto foi idealizado a partir do estudo das práticas integrativas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Após reunião com a Direção do Departamento de Cidadania da Portela, que até então nunca

1

Escola de Medicina Souza Marques. E-mail: gabi.brandaovasconcelos@gmail.com

tinha ofertado tais práticas, ficou definido que as atividades seriam realizadas nas manhãs do último sábado dos meses de agosto a dezembro de 2024 na quadra da Escola de Samba.

A coordenadora geral do projeto conduziu um processo seletivo que definiu os 15 alunos de Medicina para desenvolver atividades sobre: Fitoterapia, Yoga, Cristaloterapia, Roda da Saúde Mental e Auriculoterapia.

Foram realizadas reuniões no início e final de cada atividade para que cada integrante ficasse responsável por uma função, como acolhimento, captura da presença, estruturação dos espaços, apoio aos professores, intermediação com a equipe da Portela e coleta de dados e opiniões do público sobre a atividade.

Ao final das atividades, foram realizadas duas rodas de conversa, sendo uma com todo o público presente, buscando elucidar dúvidas sobre os conteúdos abordados, e a seguinte, somente com os integrantes do projeto, para avaliar os pontos positivos e negativos e as necessidades de melhoria.

Resultados

O projeto atendeu um público diversificado, alcançando desde a faixa pediátrica até um público mais idoso, tendo um predomínio maior de mulheres entre 50 a 75 anos. Durante o desenvolvimento do projeto, observou-se uma variação significativa quanto à adesão da comunidade, com um maior público nas atividades de fitoterapia, terapia com cristais e auriculoterapia. Por outro lado, as práticas de roda de terapia e de yoga e meditação apresentaram menor adesão, tendo em vista que receberam influência de fatores externos, como a ausência de outras atividades dos projetos sociais da Portela e a falta de água que prejudicou o território de Madureira.

Apesar da irregularidade de adesão do público, alguns usuários mostraram-se presentes em diferentes atividades oferecidas, demonstrando uma curiosidade e um desejo genuíno sobre as diferentes abordagens da medicina integrativa. Além disso, esses participantes retornavam com novos questionamentos, mostrando-se não apenas passivos a essas diferentes propostas de conduta médica, mas sim com um interesse crescente em experimentar e aplicar as técnicas, até então, pouco ou completamente inexploradas no processo de saúde dessa comunidade.

Do ponto de vista acadêmico, a participação dos alunos de medicina no projeto representou uma oportunidade de desenvolvimento pessoal humanizado e voltado a diferentes formas de aplicação do cuidado, proporcionando uma conduta integrada e exercitando diferentes formas de comunicação e de promoção de saúde dentro da comunidade.

Por fim, no último dia, fomos acolhidos com um grande agradecimento, destacando a importância da iniciativa, sobretudo pelo acolhimento da comunidade. O cuidado e as trocas foram recebidas com felicidade e demonstraram a importância de atividades de saúde democratizadas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A execução do Projeto Caminhos para o Bem-estar proporcionou aos frequentadores da Portela acesso a conhecimentos sobre Medicina que, segundo muitos deles, nunca haviam sido aprendidos.

Os pontos positivos identificados foram a oferta de atividades com professores gabaritados, o grande interesse por parte dos alunos, em sua maioria, sobre os conteúdos abordados e a excelente receptividade do Departamento de Cidadania da Portela em relação à Faculdade Souza Marques. Já os pontos negativos foram os seguintes: público médio de 10 pessoas por atividade, pequena divulgação das atividades na região de Madureira, dificuldades financeiras para ofertar transporte para professores e lanche para a comunidade portelense.

Em suma, o projeto foi implementado em sua totalidade e há possibilidades reais de ser continuado em 2025.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
- [3] Adiers NR; Brandão MS; Strohschoen AAG. Abordagem terapêutica da medicina integrativa na prática clínica: revisão integrativa. Rev Destaques Acadêmicos. 2024;16(3). Disponível em: <https://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/3896>

MODELO DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA PARA LA COBERTURA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ORGANIZACIÓN COMPAÑEROS EN SALUD SITUADA EN CHIAPAS, MÉXICO

Yuliana Rivera Piña¹

Bridgette M. Rice

María Isabel Alcocer Cuevas

INTRODUCCIÓN

Compañeros en Salud (CES) es una organización que brinda Atención Primaria en salud (APS), en la región Frailesca de Chiapas para poblaciones de extrema pobreza y marginación (1). El equipo se conforma por personal de salud y trabajadoras comunitarias. Los espacios de trabajo son unas oficinas, dos Casas Maternas, hospital básico comunitario y se colabora en 10 comunidades aledañas en las clínicas de salud ofreciendo servicios de APS.

La organización ha superado diversos retos, como la emergencia sanitaria por el COVID-19. El cual, se logró, gracias al liderazgo del personal de enfermería que estuvo en primera línea. Otro reto para 2023 fue el aumento del crimen organizado en la región. Se propusieron alternativas para mitigar el riesgo en el personal de salud para continuar su labor en la zona. Nuevamente, el personal de enfermería se destacó por su habilidad de adaptación y lucha contra la injusticia social ante las adversas circunstancias socioeconómicas en la región. Sin embargo, a nivel nacional persiste una constante subestimación e infravaloración en la contribución del personal de enfermería en el sistema de salud.

OBJETIVO

CES tiene un modelo que consiste en la participación de enfermería en todo el organigrama organizacional con el fin de fortalecer una atención holística y centrada en las necesidades de las personas. CES provee capacitaciones constantes para el desarrollo profesional de enfermería con el fin de enaltecer el rol de enfermería dentro de la organización, a través de sus habilidades transversales y clínicas, estas contribuyen a la mejora de la calidad de los servicios de APS que se brindan.

METODOLOGÍA

Para cumplir el objetivo de fortalecer el liderazgo en el personal de enfermería la organización tiene roles de enfermería en todo su organigrama organizacional. Primeramente, el rol de Gerencia en APS tiene como objetivo gestionar los recursos económicos y la operatividad de las clínicas. El segundo rol, es la Coordinación de APS, el cual supervisa las actividades de los equipos multidisciplinarios con el objetivo de proveer una atención centrada en las personas. El tercer rol, es la Supervisión Clínica Comunitaria, los cuales, acompañan y dan mentoría a los equipos multidisciplinarios. El cuarto rol,

1 Villanova University. E-mail: yriviera@pih.org

Enfermerx de Servicios Clínicos (ESC), lideran tele consultas y realizan intervenciones de telesalud de manera remota y en sitio. Las ESC en sitio dan consultas de bajo riesgo, realizan intervenciones del primer nivel, realizan rastreos de ultrasonografía obstétrica e intervenciones del rol ampliado de enfermería. El último rol es la Supervisión Clínica de Casa Materna, los cuales, realizan atención de parto respetado y humanizado, rastreos ultrasonográficos obstétricos, métodos de control de la natalidad, entre otras. En resumen, los roles mencionados están relacionados con garantizar la entrega de servicios clínicos y mejorar los servicios de APS que ofrece la organización.

Para que los roles cumplan con sus funciones, la organización promueve diversas actividades para el desarrollo profesional de enfermería. A continuación, se presentan algunos ejemplos de su educación continua. En un principio, las capacitaciones mensuales sobre temas de salud global, medicina social, estudios de caso y habilidades clínicas.

Después, capacitaciones de programas sobre liderazgo y activismo estratégico y finalmente, capacitaciones internacionales de herramientas gerenciales.

CONSIDERACIONES

El liderazgo de enfermería en la APS es vital para mejorar el acceso a la atención, y que sea más segura y de calidad, promover la salud, prevenir enfermedades, brindar atención integral y continua, liderar y gestionar equipos. Por ello, en CES se ha creado un modelo con el objetivo de tener visiones multidisciplinarias e integrales para mejorar la calidad de APS, disminuyendo la brecha del acceso a la salud e impactando sustancialmente en las barreras y violencias estructurales. Todo lo mencionado, con la finalidad de invertir en el liderazgo de enfermería en la APS, implementar programas de formación continua y fortalecer la formación en liderazgo en enfermería que trabajan en este nivel de atención, así como promover la creación de entornos seguros que promuevan el desarrollo de estas habilidades de liderazgo, que a su vez contribuyen significativamente a la construcción de sistemas de salud más eficientes, justos, equitativos y centrados en las personas acorde a sus contextos.

REFERENCIAS

- (1) México. CONEVAL. Medición de la pobreza. Anexo estadístico de pobreza en México. 2025. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2022.aspx

MÓDULO DE ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SATISFAÇÃO DOS (AS) MÉDICOS (AS) SOBRE OS CONTEÚDOS DIRECIONADOS A POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Nathalia Cabral de Castro Souza¹

Hannah Shiva Ludgero Farias

Italo dos Santos Rocha

Débora Siqueira Ramos Beltrammi

Edson Hilan Gomes de Lucena

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) é um programa de provimento profissional destinado a formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)¹. No ano de 2023, através da Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023, o governo Lula atualizou o PMM com a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde. Entre as principais mudanças destacam-se: maior tempo de permanência no Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), novas indenizações e novas ofertas formativas². Houve também a abertura de chamamentos públicos com vagas em equipes de saúde específicas, para além das equipes de saúde da família. Entre 2022 e 2024, o PMMB abriu 165 vagas para médicos(as) atuarem em equipes de Consultório na Rua (eCR) e 197 vagas para integrarem as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). Esses dados destacam o papel significativo do PMMB na composição de médicos (as) na força de trabalho de novas equipes. A cada chamamento público os candidatos formados em instituições de ensino estrangeiras devem participar do Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv) que é uma etapa eliminatória e formativa da seleção. O MAAv possui 140 horas de evento organizado em nível federal. Desde a atualização do PMM, o MAAv tem recebido candidatos destinados a vagas em eAPP e eCR com acesso à uma formação específica nessas temáticas de atuação.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo descrever oferta dos conteúdos do MAAv voltados para populações específicas – população privada de liberdade e população em situação de rua – e analisar a satisfação dos médicos participantes em relação a esses temas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que busca refletir sobre os conteúdos específicos abordados no MAAv e os níveis de satisfação dos participantes acerca dos elementos didático-pedagógicos desenvolvidos no processo formativo. O MAAv ocorreu no mês de março de

1 Ministério da Saúde. E-mail: nathalia.souza@saude.gov.br

2024, nos polos Brasília/DF e Contagem/MG. Dos 1.602 participantes, 28 estavam alocados em eCR e em eAPP. A escolha dos conteúdos foi realizada em colaboração com o Ministério da Educação e as áreas técnicas, alinhando-se às diretrizes da política pública vigente. Neste trabalho analisou-se um questionário online respondido pelos participantes em anonimato, na última semana do Módulo, que contemplou os seguintes aspectos: nível de satisfação com os conteúdos abordados, a metodologia e o material didático, autoavaliação sobre a aquisição de novos conhecimentos e habilidades e a relevância dos temas abordados. A avaliação dos temas mais relevantes foi mensurada por questões de resposta múltipla escolha. O nível de satisfação foi mensurado através da escala Likert com cinco níveis: muito satisfeito; parcialmente satisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito; parcialmente insatisfeito; muito insatisfeito.

RESULTADOS

O MAAv contou com uma turma separada sobre a temática da Atenção Primária Prisional, que abordou: a história das prisões, sistemas de informações na saúde prisional, protocolos específicos e comunicação em saúde com foco na pessoa privada de liberdade. A turma sobre as eCR abordou: a Política Nacional para a População em Situação de Rua, clínica ampliada, fluxos de acolhimento e atividades terapêuticas. Ambas tiveram uma carga horária total 140h e contou com a participação ativa das áreas técnicas do Ministério da Saúde com troca de conhecimentos para aprimorar as práticas em suas áreas. O nível de satisfação dos participantes nas turmas sobre eCR e eAPP foi, em geral, bastante positivo. Na turma que abordou conteúdos sobre eCR, 90,9% dos participantes se mostraram muito satisfeitos com o conteúdo abordado, 81,8% consideraram ter adquirido novos conhecimentos e desenvolvido novas habilidades e 100% ficaram satisfeitos com o material didático e a metodologia utilizada. Já na turma que abordou conteúdos sobre eAPP, 79,5% dos participantes expressaram grande satisfação com o conteúdo, 79,5% acreditam ter adquirido novos conhecimentos e habilidades, 69,2% estavam muito satisfeitos com o material didático e 84,6% com a metodologia aplicada. Na etapa de avaliação da formação, a turma da eCR apontou alto nível de satisfação nos seguintes temas: a história do Consultório na Rua, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a hanseníase. Já a turma de eAPP destacou os seguintes temas: os sistemas de informação na saúde prisional, o manejo de DCNT e o acolhimento/acesso à saúde no sistema prisional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O MAAv é uma estratégia formativa construída de forma interinstitucional (entre os Ministérios da Saúde e da Educação) e intersetorial, envolvendo diversas áreas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. É fundamental para promover o alinhamento e o nivelamento dos profissionais médicos intercambistas que ingressam no PMMB. A experiência vivida no MAAv foi fundamental para proporcionar segurança na atuação profissional nos cenários específicos da atenção primária prisional e no atendimento à população em situação de rua. A formação ofertou conhecimentos teóricos e práticos fundamentais para lidar com as particularidades desses contextos. Portanto, espera-se que os conteúdos

apresentados e a formação ofertada aos médicos contribuam para o aprimoramento de suas práticas de saúde, fortalecendo sua capacidade de atender às necessidades básicas dessas populações específicas.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. 2013.
- (2) Brasil. Lei nº 14.621 de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF: edição extra; 2023 Jul 14. p. 1.

NOCIONES Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA: UNA REVISIÓN DOCUMENTAL

Luis Ángel González Rojo¹

Andrea Elizabeth Araujo Saldivar

Gustavo Ruiz Rafael

Roselia Arminda Rosales Flores

INTRODUCCIÓN

Desde 1978, la Atención Primaria de Salud (APS) se centró en estrategias higiénico-preventivistas de bajo costo para mejorar la salud, con el objetivo de lograr “Salud para todos en el año 2000” (1). Sin embargo, las diversas concepciones han generado implicaciones en las acciones relacionadas con la salud/enfermedad/atención y muerte. Esta estrategia no solo abarca servicios sanitarios como promoción, educación, prevención y atención, sino también otros aspectos que afectan la salud poblacional, como el acceso al agua potable, saneamiento y nutrición adecuada (2).

En ese marco, la pandemia de COVID-19 constituyó un desafío global que demandó acciones por parte de los Estados para hacer frente a la emergencia. No obstante, las acciones de APS tuvieron un enfoque biomédico, que no consideraron los contextos sociohistóricos de los territorios (3). La centralidad de esta perspectiva subestimó los impactos socioeconómicos y políticos de la pandemia; se dejaron de lado las formas de vida de los distintos grupos sociales, patrones de trabajo y consumo, modalidades de actividad práctica y formas organizativas. Estas dimensiones deberían integrarse de manera continua, para construir una base sólida que permita transformar de forma sostenible las condiciones de salud de las poblaciones (4).

OBJETIVO

Ante este tenor, surge la necesidad de analizar, desde una perspectiva crítica, las publicaciones científicas y documentales relacionadas con la APS durante la pandemia de COVID-19, identificando las limitaciones y oportunidades de su enfoque en la incorporación de los contextos socioeconómicos, culturales y políticos en el manejo de crisis sanitarias.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión documental con el objetivo de analizar la literatura científica sobre la implementación de estrategias de APS en diversos contextos durante la pandemia. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en la base de datos Redalyc, con las siguientes palabras clave: atención primaria de salud, pandemia de COVID-19 y América Latina. Asimismo, se aplicaron los siguientes criterios de selección: idioma (español y portugués), temporalidad (2021 a 2024), región (América Latina), tipo de documento (artículos originales y de revisión).

1

Universidad Autónoma Metropolitana. E-mail: luis_glez_rojo@hotmail.com

Tras una revisión, se seleccionaron 15 artículos cuyos componentes de cada artículo se registraron en una base de datos Excel: noción de APS, objetivo, metodología, resultados y conclusiones. Posteriormente, se realizó un análisis utilizando las siguientes categorías analíticas: noción tradicional y crítica de APS; prácticas biomédicas y contrahegemónicas; actores de la sociedad civil y actores socioprofesionales de la salud; y territorio.

RESULTADOS

De los 15 artículos analizados, 6 adoptan una perspectiva biomédica sobre la APS, mientras que 9 lo abordan desde un enfoque crítico. En relación con las prácticas biomédicas, se identificaron en 8 de los artículos, de los cuales 4 también incorporan enfoques contrahegemónicos. Mientras que los 7 estudios restantes destacan prácticas contrahegemónicas. En cuanto a los actores sociales, de los 15 artículos solo 3 incluyen agentes comunitarios, mientras que los demás se centran en actores del ámbito sanitario. Además, la mayoría de los espacios destinados a la aplicación e implementación de la APS se encuentran en territorios, tales como: escuelas, centros y unidades de atención médica, dejando de lado los espacios no institucionalizados, es decir, comunitarios.

Finalmente, se encontraron diversas temáticas relacionadas con la APS:

- Experiencias locales y casos específicos: se destaca la atención psicosocial en Argentina y la pesquisa activa en Cuba, que reflejan enfoques concretos en territorios definidos.
- Análisis críticos y teóricos: Brasil y Argentina desarrollan reflexiones sobre modelos asistenciales y perspectivas críticas de la APS, incluyendo enfoques contrahegemónicos y determinantes sociales de la salud.
- Grupos específicos: destacan el estudio de poblaciones vulneradas, como mujeres puérperas en regiones fronterizas en Brasil y comunidades afectadas en Guatemala.
- Sistemas de salud y políticas públicas: Colombia y Venezuela destacan el análisis de las políticas de APS implementadas durante la pandemia.

La perspectiva contrahegemónica destaca la urgencia de abordar las desigualdades sociales y reorganizar los servicios de salud. También, hace énfasis por el diseño de políticas integrales que promuevan la participación ciudadana, garantizando el derecho a la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad.

CONSIDERACIONES

Los artículos revisados destacan que la APS debe proteger a la población del contagio, detectar casos y contactos para interrumpir la transmisión. En consecuencia, las acciones de APS se centraron en la enfermedad. Este enfoque reduccionista reforzó al modelo biomédico y selectivo, descuidando la dimensión integral de la salud.

En ese sentido, se plantea que la APS debe incorporar una visión desde la epidemiología crítica que considere los determinantes sociales del proceso salud- enfermedad y el fortalecimiento institucional.

Esta revisión evidenció fortalezas y limitaciones de la APS durante la pandemia. Entre las fortalezas se encuentra la importancia del trabajo comunitario y el uso de la tecnología. Mientras que en las limitaciones se halló la necesidad de apoyar a los equipos de salud y los desafíos derivados de la sobrecarga de los sistemas sanitarios. La pandemia pone de manifiesto la urgencia de fortalecer la APS para mejorar la equidad en la atención sanitaria ante crisis sanitarias futuras.

REFERENCIAS

- (1) Mittelbrunn C. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. 2021. Disponible en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. OPS; 1978. Disponible en: [APS_Alma_At-Declaracion-1978.pdf](#)
- (3) Laurell C. Las dimensiones de la Pandemia COVID-19 [Internet]. El Trimestre económico. 2020; 87(4):963-984. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/ete/v87n348/2448-718X-ete-87-348-963.pdf>
- (4) Pereira C, Boy R, Rosales R, Marmolejo J, Muñoz C. La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva. Editorial Teseo; 2021.

NUTRIÇÃO E ALEITAMENTO MATERNO: TROCA DE EXPERIÊNCIAS EM GRUPOS DE GESTANTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE

Daiany Renally Ferreira Bezerra¹

Francisca Deynes da Silva Oliveira

Giovana Souza Oliveira

Priscylla Rodrigues Vilella

Brenda Cristyanne Silva Cabral

Karine Anusca Martins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A abordagem multiprofissional no período pré-natal inclui ações de educação em saúde, inclusive para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, pois o estado nutricional adequado é fundamental para a saúde da mãe e da criança. Na Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais são responsáveis pelo acompanhamento contínuo e pela orientação das gestantes. Mesmo que o nutricionista não integre a equipe mínima das unidades de saúde da APS, pode fazer parte da equipe multiprofissional (E-multi), regulamentada pela portaria GM/MS nº635, de 22 de maio de 2023, ainda em implementação no território brasileiro. Nesse sentido, projetos de ensino, pesquisa e extensão das instituições de ensino superior possibilitam o desenvolvimento de espaços para a inserção de nutricionistas (em formação) em ações direcionadas às gestantes e ao matriciamento das Equipes de Saúde da Família (ESF). Essas ações educativas devem priorizar práticas de escuta ativa, humanização e a decolonialização do cuidado para promover uma atenção que respeite as particularidades socioculturais das gestantes. O matriciamento permite a integração entre diferentes áreas, facilita a troca de saberes e fortalece o cuidado para qualificar a assistência. Assim, valorizar o saber tradicional, as vivências, experiências e escuta ativa reforçam o protagonismo dos participantes para a promoção do cuidado em saúde.(1-5)

OBJETIVO

Relatar a experiência acadêmica no desenvolvimento de ações de Educação Alimentar e Nutricional e de matriciamento em um projeto de extensão intitulado: Gestação, nutrição e aleitamento materno—troca de experiências com gestantes da Atenção Primária à Saúde de Senador Canedo—GO.

METODOLOGIA

Este relato de experiência descreve ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) desenvolvidas em grupos de gestantes e no matriciamento das ESF de Senador Canedo-GO. As atividades foram realizadas entre agosto de 2023 e dezembro de 2024, em seis unidades de saúde do município,

1 Universidade Federal de Goiás. E-mail: daianyferbe@gmail.com

por duas discentes do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da UFG (PPGNUT/UFG), quatro estudantes de Nutrição de instituições públicas e privadas, e uma nutricionista da APS, também discente do PPGNUT/UFG.

As ações foram estruturadas em dois eixos principais: (i) matriciamento das ESF e (ii) ações de EAN para gestantes e seus familiares. Num primeiro momento, as discentes confeccionaram convites virtuais (flyers) para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) distribuíssem nos grupos de comunicação social das unidades. Houve um diálogo também com os gestores para a melhor forma de mobilizar as gestantes, de modo a sensibilizá-las da importância do tema a ser abordado no grupo. Participaram do matriciamento: médicos, enfermeiros, ACS, odontólogos, recepcionistas, equipe multiprofissional (E-multi: nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas) e membros da sociedade civil organizada (uma ONG que assistia ao público de gestantes no município).

O eixo II referente às ações de EAN seguiram um roteiro previamente elaborado, baseado na metodologia ativa do Arco de Maguerez (Observação da Realidade; Pontos-Chaves; Teorização; Hipótese de Solução; e Aplicação à Realidade)(6). As exposições foram em formato de roda de conversa. Os temas abordados foram: aleitamento materno e nutrição na gestação. Foram utilizados recursos didáticos como kit de mama didática (cedido pela Universidade) para demonstrar a técnica de pega correta na amamentação; informes impressos e digitais, bem como apresentações visuais projetadas.

Cada encontro teve duração média de duas horas e participação aproximada de 20 pessoas entre gestantes, familiares e profissionais de saúde. Como forma de avaliação das atividades, aplicaram-se perguntas abertas no início e ao final, que possibilitaram um feedback positivo. Além disso, ao final de cada encontro, a ESF promovia um coffee break priorizando alimentos saudáveis, in natura e minimamente processados que dialogassem com o tema.

A realização dessas atividades permitiu fortalecer o vínculo entre as gestantes, suas famílias e os profissionais de saúde, criando uma rede de apoio essencial para a promoção da saúde materno-infantil. A troca de conhecimentos entre os participantes demonstrou a relevância da abordagem multiprofissional, com ênfase nas ações de EAN e educação em saúde, com vistas à soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para o aprimoramento do cuidado ofertado na APS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A implementação das ações demonstrou o potencial das atividades educativas na ampliação do conhecimento das gestantes e seus familiares sobre temas essenciais para a saúde materno-infantil. Além disso, a capacitação continuada dos profissionais de saúde fortalece a abordagem multiprofissional, promove maior integração entre as equipes e qualifica a assistência prestada no pré-natal. As ações de EAN e de SAN realizadas evidenciaram a importância da educação em saúde como estratégia fundamental para a promoção do aleitamento materno e da nutrição adequada durante a gestação, contribuindo para a redução de desfechos adversos ao binômio mãe-filho e melhoria da qualidade do cuidado ofertado, bem como na humanização do atendimento, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Freitas RC, Gomes JVT, et al. Importância de um pré-natal realizado por uma equipe multidisciplinar. *Research, Society and Development* 2024;13(3):1-7.
- (2) Brasil. Portaria GM/MS nº635, 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. 2023.
- (3) Brasil. Caderno de Atenção Básica: Saúde Materna e Infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- (4) Campos GWS et al. Matriciamento na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4397-4406.
- (5) Soares DJ, Rivemales MCC. Apoio matricial na gestão do trabalho da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Journal of nursing and health*; 2019;9(2).
- (6) Silva L, Piveta Junior O, Costa PR, Renovato RD, Sales CM. O Arco de Maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. *Interface Cient*. 2020;8(3):41-54.

NUTRIÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E APRENDIZADOS NO INÍCIO DA RESIDÊNCIA EM PIRAQUARA-PR

Cristina Etosi Ricardo Azevedo¹

Anabelle Retondario

Evelin Barreto

Regina Maria Ferreira Lang

Rubia Daniela Thieme

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é um cenário de formação em saúde de grande relevância, conforme instituído pela Lei nº 11.129/2005 [1], que visa à qualificação de profissionais para atuação no SUS. A Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do SUS (Política Nacional de Atenção Básica) [2], se beneficia da integração de nutricionistas nas equipes multiprofissionais (eMulti), conforme Portaria GM/MS nº 635/2023 [3], aprimorando o cuidado integral e promovendo a segurança alimentar e nutricional. A atuação do nutricionista na saúde da família é essencial para o desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional, prevenção de doenças crônicas e promoção de hábitos alimentares saudáveis. Este relato aborda as experiências iniciais de uma nutricionista residente nos primeiros quarenta e cinco dias de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sebastiana de Souza Batista, no município de Piraquara no estado do Paraná, refletindo um perfil demográfico com demandas nutricionais específicas. A imersão, através do programa de (RMSF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), visa integrar a residente às rotinas e necessidades da comunidade, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional local. Programas de Residência Multiprofissional fortalecem a formação para a APS, promovendo uma abordagem integrada.

OBJETIVO

Relatar as atividades desenvolvidas durante os primeiros quarenta e cinco dias de imersão no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde de Piraquara-Pr, refletindo sobre os desafios encontrados, os aprendizados e as potencialidades da atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Relato de experiência descritivo dos primeiros quarenta e cinco dias (01/03-15/04/2025) da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da UFPR [4], que oferece formação especializada para profissionais de diversas áreas da saúde, como nutrição, terapia ocupacional, enfermagem, farmácia, odontologia e medicina veterinária. Os residentes atuam em cenários de prática

1 Universidade Federal do Paraná. E-mail: cristina.azevedo@ufpr.br

vinculados à rede pública de saúde, com atuação em Piraquara-PR (60h/semanais, 2 anos) [4]. A UBS Sebastiana de Souza Batista está localizada na região do contorno leste, inserida na Atenção Básica, foi o cenário principal [5]. As atividades foram organizadas em: 1. Reconhecimento territorial/institucional; 2. Ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN); 3. Atendimento individualizado e visitas domiciliares; 4. Participação em grupos. O reconhecimento territorial iniciou-se em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara e a coordenação do programa de residência da UFPR. Envolveu análise no local da disponibilidade e acesso a alimentos, visando compreender os determinantes sociais da situação alimentar local. O reconhecimento ativo do território foi feito com docente de nutrição, incluindo visita a mercados e sacolões locais para análise de preços, variedade e validade dos alimentos. A imersão na UBS facilitou a apreensão dos fluxos e dinâmicas. As ações de EAN incluíram atividades na sala de espera (obesidade infantil), grupo de gestantes (dieta materno-infantil) e ações sobre HAS (redução de sódio). A baixa adesão em eventos externos apontou a necessidade de refinar estratégias de engajamento comunitário. O atendimento individualizado priorizou o fluxo para fórmulas/dietas especiais (APLV, baixo peso pediátrico). As visitas domiciliares interprofissionais foram cruciais para uma avaliação ampliada das condições de vida e determinantes sociais da saúde. A participação em grupos, como o terapêutico 'Caminhando e Contando', integrou a EAN a práticas corporais. Os desafios iniciais (adaptação à rotina/equipe, identificação de necessidades, limitações de recursos/infraestrutura) demandaram adaptação à rotina e à dinâmica da equipe. Os aprendizados envolveram o desenvolvimento de competências em comunicação e resolução de problemas, a valorização do trabalho em equipe e a compreensão da abordagem integral e da EAN contextualizada. A experiência consolidou a relevância da residência para a formação profissional na Atenção Primária à Saúde, com a identificação da necessidade de otimizar o acesso e a continuidade do cuidado nutricional especializado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O primeiro mês de residência representou uma imersão intensa na realidade da APS em Piraquara, permitindo identificar as demandas nutricionais prevalentes e iniciar a integração com a equipe e a comunidade. A estruturação de fluxos internos e a participação em atividades coletivas e visitas domiciliares foram passos iniciais importantes. Os desafios, como a adesão comunitária em ações externas, apontam para a necessidade contínua de adequação das estratégias de EAN ao contexto local. A experiência reforça a importância da nutrição na APS e o potencial da abordagem multiprofissional, sendo um período fundamental de aprendizado sobre determinantes sociais da saúde e gestão do cuidado no SUS. As vivências iniciais motivam a busca por intervenções mais efetivas e contextualizadas.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Equipes Multiprofissionais (eMulti). Diário Oficial da União. 23 de maio de 2023.
- [4] Universidade Federal do Paraná. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disponível em: Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disponível em: <https://saude.ufpr.br/saudecoletiva/residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia/>
- [5] Piraquara. Secretaria de Saúde. Atenção Básica. Disponível em: Atenção Básica. Disponível em: <https://www.piraquara.pr.gov.br/aprefeitura/secretarias/paginas/saude/257>

O CIRURGIÃO-DENTISTA E OS PACIENTES ESPECIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO QUALITATIVO

Michelli Carolliny de Oliveira ¹

Norma Sueli Gonçalves Reche

Lucas Marques Angelim

Vitor Rafael Gomes

Carolina do Santos Furian

Roberto Martins de Oliveira

Caio Vieira de Barros Arato

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência (PcD) são aquelas com limitações temporárias ou permanentes, físicas, emocionais, mentais ou sensoriais, que podem dificultar atendimentos odontológicos convencionais. No Brasil, representam 24% da população, cerca de 45,6 milhões de pessoas [1]. Sua saúde bucal é frequentemente inadequada, impactando sua saúde geral, com altos índices de cárie, doença periodontal e edentulismo. Fatores clínicos, como uso de medicamentos com efeitos colaterais e dificuldades motoras, somam-se a barreiras sociais, como pouca adesão à higiene oral e falta de apoio familiar. A Atenção Primária à Saúde (APS) deve atender essas pessoas, encaminhando apenas casos complexos aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). No entanto, há dificuldades na prática, devido à falta de preparo dos profissionais e suporte da Rede de Atenção à Saúde [2]. Além dos desafios técnicos, questões emocionais influenciam o atendimento. Emoções interferem na relação paciente-profissional, podendo impactar negativamente a prática clínica [3]. O objetivo deste estudo foi explorar os significados emocionais atribuídos pelos dentistas ao atendimento de PcD na APS.

OBJETIVO

Considerando que os sentimentos dos profissionais impactam sobre o seu trabalho, o objetivo deste estudo foi explorar os significados emocionais atribuídos pelo cirurgião-dentista ao manejo dos pacientes especiais em um serviço de atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo qualitativo, baseado no Método Clínico-Qualitativo [4], explorou os significados emocionais atribuídos por cirurgiões-dentistas (CD) ao atendimento de pacientes especiais na atenção primária. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 12 CD de Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) do SUS, em um município do sudeste do Brasil. A seleção seguiu o critério de

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: m1542822@dac.unicamp.br

saturação teórica. A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2020, com roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas pela Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativo. O estudo seguiu padrões éticos da Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê de Ética da FOP-UNICAMP (CAAE 37447020.4.0000.5418).

RESULTADOS

Foram entrevistados 10 cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, sendo 9 mulheres e 1 homem, com média de idade de 44 anos. Todos possuíam especialização, majoritariamente em Saúde Coletiva ou Saúde da Família, e atuam há mais de 10 anos no município.

A análise revelou duas categorias principais sobre o atendimento a pacientes com deficiência (PcD). A primeira, “Quando não dá pra fazer aqui, eu tenho que saber que dá pra fazer em outro lugar...”, reflete o alívio ao encaminhar PcDs para a atenção secundária (CEO). Apesar do protocolo da Atenção Primária prever esse atendimento, há insegurança quanto à capacitação e medo de julgamentos. Profissionais relatam angústia e evitam atendimentos complexos, justificando o encaminhamento como busca por assistência mais adequada. Esse alívio evidencia lacunas na formação técnica e emocional para atender PcDs. O conceito de “Conluio do Anonimato”, de Balint, explica como a transferência de responsabilidade gera alívio, ainda que a decisão seja mais subjetiva do que clínica. O profissional sente-se desobrigado ao perceber que outro, mais capacitado, assumirá o caso.

A segunda categoria, “Eu tive uma dificuldade muito grande, porque ele (o paciente) não quis aceitar...”, aborda o sentimento de rejeição ao perceber que o paciente prefere outro profissional. A ambivalência emocional entre insegurança e desejo de atender gera frustração, agravada pela falta de infraestrutura na APS. Apesar da responsabilidade da APS pelo cuidado integral, as limitações estruturais e emocionais geram angústia, tristeza e desmotivação nos profissionais, que, mesmo capacitados, sentem-se incapazes de oferecer atendimento equitativo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O modelo da Atenção Primária à Saúde, no qual o cirurgião-dentista está inserido, considera indicadores de produção como critério de avaliação do trabalho desenvolvido pelo profissional da Odontologia. A busca em ser bem avaliado no desenvolvimento de seu trabalho provoca enfrentamentos que o desequilibram emocionalmente. Esse impacto emocional fica bem evidenciado no atendimento ao Paciente com Deficiência, que apresenta peculiaridades bem específicas durante seu manejo, e se reflete nas falas dos entrevistados neste estudo, com sentimentos que vão de alívio à rejeição.

Conhecer melhor seus próprios sentimentos, compreendendo o mundo do outro através do entendimento de seu próprio mundo, com medos e inseguranças, deixará o profissional mais preparado para buscar o conhecimento adequado para cada situação clínica que se apresentar.

REFERÊNCIAS

- [1] Sabbagh-Haddad A, López T E, Passos VAB. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016; 70(2):132-40.
- [2] Ferreira SH, Suita RA, Rodrigues PH, Kramer PF. Percepção de estudantes de graduação em Odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. *Rev ABENO*. 2017; 17(1):87-96.
- [3] Mandasari M, Rahmayanti F, Derbi H, Wimardhani YS. Special care dentistry perception among dentists in Jakarta: An online survey. *PLoS ONE*. 2021; 16(4):1-12.
- [4] Turato ER. *Treatise on clinical-qualitative research methodology: Theoretical-epistemological construction, comparative discussion and application in the health and humanities areas*. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2018.

O ENFERMEIRO COMO ELO: COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO COMBATE ÀS HEPATITES VIRAIS

Sarah Yasmin Lucena Gomes¹

Carolina Simone Souza Adania

Bruno de Jesus Daloy

Wendel Alencar de Oliveira

Carolina Geralda Alves

Mayara Maria Fernandes dos Santos Cavalcante

Fátima Sonally Sousa Gondim

Elton Carlos de Almeida.

José Nilton Gomes

Mário Peribanez Gonzalez

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As hepatites virais representam um desafio crucial para a saúde pública, com grande impacto na morbimortalidade global. Estima-se que mais de 350 milhões de pessoas vivam com hepatites virais crônicas, sendo a hepatite B e C as mais prevalentes ¹. No Sistema Único de Saúde (SUS), o controle dessas doenças exige uma abordagem integrada, com a colaboração de diferentes profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na coordenação do cuidado, que vai desde a prevenção com a realização de testes rápidos até o acompanhamento dos pacientes diagnosticados, assegurando a adesão ao tratamento ^{2, 3}. A educação em saúde realizada pelo enfermeiro é essencial, não apenas para a adesão ao tratamento, mas também para a redução do estigma social relacionado às hepatites virais ⁴. A vinculação dos pacientes aos serviços de saúde e o monitoramento contínuo da adesão terapêutica são práticas-chave que contribuem para a redução da transmissão e da morbimortalidade ⁵. Este estudo investiga a importância da atuação do enfermeiro na linha de cuidado das hepatites virais no SUS, destacando as funções desse profissional, os desafios enfrentados e as estratégias para garantir uma atenção integral e eficaz.

OBJETIVO

Analisar o papel do enfermeiro na coordenação do cuidado das hepatites virais, destacando sua contribuição para o diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e educação em saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, utilizando artigos científicos indexados nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed, publicados entre 2015 e 2024.

1 Ministério da Saúde. E-mail: sarahlucenabs@gmail.com

A revisão integrativa é uma metodologia amplamente adotada para reunir e sintetizar os resultados de estudos primários, permitindo uma compreensão mais abrangente sobre um tema específico ⁶. Os descritores utilizados foram “Enfermagem”, “Hepatites Virais”, “Coordenação do Cuidado” e “Atenção Primária à Saúde” ⁷. Foram incluídos estudos que abordaram a atuação do enfermeiro no contexto da saúde pública, especialmente no SUS, em áreas como prevenção, diagnóstico e manejo das hepatites virais ⁸. A análise foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, que facilita a identificação de padrões e categorias nos dados ⁹. Critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos para garantir que os artigos selecionados estivessem diretamente relacionados à prática do enfermeiro no controle das hepatites virais.

RESULTADOS

Os estudos revisados indicaram que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na detecção precoce das hepatites virais, com a realização de testes rápidos e encaminhamento para confirmação diagnóstica. A educação em saúde promovida pelo enfermeiro tem sido identificada como um fator-chave para a adesão ao tratamento, além de contribuir para a diminuição do estigma associado à doença ⁴. A vinculação ativa dos pacientes aos serviços de saúde também tem mostrado resultados positivos, com melhoria na continuidade do cuidado e prevenção de complicações graves⁵. No entanto, desafios como sobrecarga de trabalho, falta de capacitação especializada e escassez de recursos limitam a eficácia das ações dos enfermeiros no controle das hepatites virais ^{2,3}.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O enfermeiro desempenha um papel essencial na coordenação do cuidado das hepatites virais, sendo fundamental para o diagnóstico precoce, a educação em saúde e a promoção da adesão ao tratamento. A sua atuação direta na linha de cuidado contribui para a melhoria dos desfechos clínicos e para a redução da transmissão da doença. Para maximizar essa contribuição, é necessário investir em capacitação contínua e no fortalecimento das redes de atenção à saúde, com foco na formação especializada para o manejo das hepatites virais. Superar as barreiras, como a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos, é crucial para garantir a efetividade das políticas de controle e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Global hepatitis report, 2017. Geneva: WHO; 2017.
- (2) Silva R, Santos M, Oliveira P. A atuação da enfermagem na prevenção e controle das hepatites virais. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20210045.
- (3) Freitas H, Silva G, Nascimento G. A importância do rastreamento precoce das hepatites virais nas unidades de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2019;53:48.
- (4) Barros LM, Lima J, Souza AC. O impacto da educação em saúde na adesão ao tratamento das hepatites virais.

Rev Enferm UERJ. 2018;26:e32451.

- (5) Santos J, Oliveira T. Desafios da coordenação do cuidado das hepatites virais no SUS. Rev Bras Med Fam. 2020;15(3):25-32.
- (6) Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão TFO. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-764.
- (7) Souza DLB, Oliveira EAF, Fernandes PF. Estratégias de busca e análise de artigos científicos. Rev Assoc Med Bras. 2020;66(3):245-253.
- (8) Lima A, Ferreira L. A importância da vinculação dos pacientes aos serviços de saúde para o controle das hepatites virais. Cad Saúde Colet. 2020;28(1):31-38.
- (9) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- (10) Lima M, Oliveira F. A atuação do enfermeiro na detecção precoce das hepatites virais. Rev Enfermagem Brasil. 2022;15(4):22-30.

O GANHO SOCIAL ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, PESQUISAS E DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Danyel Erich Duarte Dias¹

Magid José Mendes Lauar

Wallison Silva Medeiros

Fabiane Cristina de Souza Alvim

Flaviano Santos Silva

Elisângela Alves Santana

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Com o objetivo de qualificar a assistência em saúde, promover o desenvolvimento profissional e fortalecer a gestão em Rede, a Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga (SMS) instituiu o Núcleo de Educação Permanente, Pesquisa e Práticas em Saúde (NEPPS). A iniciativa busca integrar ensino, serviços de saúde e comunidade, com foco no ganho social, na valorização dos trabalhadores e na construção coletiva do cuidado.

O NEPPS é uma instância permanente, instituída pela Lei Municipal nº 5.050, de 21 de fevereiro de 2025¹, vinculada diretamente ao Gabinete da Secretaria de Saúde. Tem caráter multidisciplinar, abrange todos os departamentos da SMS e possui regimento próprio. É composto por profissionais da SMS, da Secretaria Municipal de Administração e por representantes indicados em cada unidade de serviço por categoria profissional.

O Núcleo promove a articulação entre os diferentes atores, estabelece diretrizes para ações formativas, acompanha projetos de pesquisa e extensão universitária e organiza práticas como estágios curriculares e residências médicas na Rede. O intuito final é a entrega de assistência qualificada à população.

OBJETIVO

O NEPPS tem como objetivo central a melhoria da qualidade da assistência à saúde, através do desenvolvimento profissional dos trabalhadores do SUS, tendo como ferramenta a educação permanente, discernida por nível, necessidade individual e coletiva do serviço.

O Núcleo ainda coordena, monitora e regula alunos e espaços de práticas para a formação acadêmica no SUS e a realização de pesquisas, nos três níveis de atenção à saúde e no Programa de Residência do município.

1

Prefeitura Municipal de Ipatinga/MG. E-mail: neppssms@gmail.com

METODOLOGIA

Na Educação Permanente para os servidores o NEPPS recebe, anualmente, dos gestores e servidores, propostas de temas alinhados às necessidades identificadas para a melhoria da assistência. Além das linhas de cuidados específicas na saúde, existem trilhas de conhecimento que abarcam habilidades e competências para o atendimento de excelência à população. Os treinamentos têm cronograma definido para o ano, organizados em turnos e atendem aos diferentes grupos profissionais.

Para as atividades de estágio curriculares, as Instituições de Ensino apresentam semestralmente, a intenção de cenários de práticas e quantidade de estagiários. O NEPPS regula esta atividade, considerando a necessidade da população e a capacidade de cada setor.

Na regulação das pesquisas, avalia as solicitações recebidas em formulário padronizado, com parecer do Comitê de Ética quando for o caso. As pesquisas evidenciam fragilidades e/ou apontam dados que servem de ferramentas para alta gestão.

A regulação das residências médicas tanto da SMS quanto de Instituição Filantrópica do município, é feita juntamente com as Comissões de Residências Médicas, regulando os campos de atuação, de acordo com a necessidade da população e serviços.

RESULTADOS

Com suas ações e práticas, em 2024, o NEPPS colocou a campo, regulando e acompanhando as atividades de assistência à população na RMAS, 3.775 estagiários de 12 instituições de ensino conveniadas, com 39 diferentes cursos, além de 76 residentes nas áreas de medicina de família e comunidade, ginecologia e obstetrícia, infectologia, pediatria, consultório de rua, psiquiatria, além das pesquisas e extensões que proporcionam aproximação da comunidade e o ensino.

Em parceria, o NEPPS veicula juntamente com o serviço de regulação municipal, os atendimentos nas clínicas escolas das instituições de ensino conveniadas—atendimento odontológico e fisioterapia, por exemplo.

No ano supracitado foram 3.295 servidores de diversas categorias capacitados com 650 horas em treinamentos, com 105 temas abordados e mais de 400 encontros, englobando todos os departamentos da SMS.

Neste mesmo período pouco mais de 40 trabalhos de pesquisa e projetos de extensão foram avaliados, liberados e dados os devidos encaminhamentos com cuidado ético e administrativo.

O NEPPS participou na elaboração e execução da 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Ipatinga e encaminhou delegados para as etapas estadual e nacional desta mesma conferência.

Ainda, o Núcleo regula os Planos Municipal e Estadual de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que irão operacionalizar em caráter macrorregional (macrorregião do Vale do Aço), em parceria com a Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano.

Inserido no programa PROADI-SUS, o NEPPS foi escolhido como área foco de potencial de crescimento e estruturação pela equipe do Sírrio Libanês e atualmente passa por processos de consultorias e apoio para a consolidação da sua base.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O NEPPS tem como fundamentação de trabalho, seja qualificando a assistência, aumentando e aprimorando o atendimento à população, propiciando pesquisas e extensões na rede, regulando a alocação de alunos e residentes, o ganho social, reduzindo mortalidade, índice de infecção e de reinternações, e ampliando a satisfação da população com os serviços.

Levando em consideração o contexto de órgão público, favorecer o desenvolvimento e aprimoramento de competências e habilidades dos profissionais, sejam em formação ou já atuantes, é um desafio do NEPPS. Avanços foram percebidos desde sua implantação, evidenciada por mensuração positiva nos pós testes das capacitações, atualização de procedimentos e técnicas percebidos em auditorias in loco e maior satisfação do usuário.

Quanto aos campos de estágio, percebe-se a necessidade de aumentar os campos para outras instituições e categorias profissionais para favorecer ainda mais a população atendida e a formação acadêmica no SUS do tratamento e o direito a saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Ipatinga. Lei Municipal nº 5.050/2025. Institui o Núcleo de Educação Permanente, Pesquisa e Práticas em Saúde – NEPPS, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: https://www.ipatinga.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx?cdLocal=12&arquivo={DD00CA45-31EE-7E4A-8BC0-EA14ADDDA8EE}.pdf

O MAPA CONCEITUAL COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA PARA O LETRAMENTO RACIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Priscila Vianna Ramos¹

Ana Barbosa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O mapa conceitual (MC) é uma ferramenta pedagógica que possibilita estruturar e articular conceitos fundamentais em diversas áreas do conhecimento [6]. Como instrumento de organização do pensamento, o MC permite visualizar as interconexões entre ideias-chave, favorecendo um aprendizado mais profundo [6]. Na formação de profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), o MC se destaca por sua capacidade de integrar diferentes saberes, promovendo uma compreensão ampliada sobre o cuidado em saúde de grupos historicamente marginalizados, como as mulheres negras.

O cuidado em saúde das mulheres negras exige uma abordagem que transcenda a perspectiva biomédica tradicional, incorporando elementos sociais, históricos e culturais que impactam diretamente sua experiência no sistema de saúde [1]. O letramento racial surge como um componente essencial na formação ético-política dos profissionais da APS, permitindo o reconhecimento das desigualdades estruturais que afetam esse grupo.

A ausência de formação adequada sobre questões raciais entre os profissionais de saúde perpetua violências institucionais, como negligência e desumanização no cuidado em saúde de mulheres negras [2, 3]. Assim, a construção de um MC voltado para o letramento racial na educação permanente visa mapear conceitos fundamentais e estruturar um glossário dinâmico que favoreça a formação crítica dos profissionais.

OBJETIVO

Desenvolver um mapa conceitual como ferramenta pedagógica para promover o letramento racial entre profissionais de saúde da APS.

Estruturar e organizar os conceitos fundamentais relacionados ao letramento racial e à saúde da mulher negra.

Desenvolver um recurso didático acessível e revisável, que possa ser utilizado na educação permanente dos profissionais da APS.

METODOLOGIA

A construção de um MC como ferramenta pedagógica para o letramento racial de profissionais de saúde na APS emerge da necessidade de estruturar e articular conceitos fundamentais para a

1

Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: priscilaramos.seso.ufrj@gmail.com

compreensão das desigualdades raciais no cuidado às mulheres negras. O MC estimula a reflexão crítica e a interrelação de conceitos [6] como formação ético-política, processo de vulnerabilização, interseccionalidade, educação popular e cuidado humanizado. Esse instrumento visa sistematizar conhecimentos essenciais para a formação ético-política dos profissionais, promovendo uma abordagem mais humanizada e equitativa no cuidado à saúde.

O MC organiza e estrutura os conceitos centrais da formação, funcionando como um glossário vivo e revisável [6]. Essa estruturação permite registrar ideias, princípios, termos e referências, além de definir objetivamente os ideais e princípios norteadores da formação [6, 4]. Ao democratizar o acesso à informação, esse recurso contribui para um aprendizado mais efetivo e crítico sobre o racismo estrutural e suas implicações na saúde das mulheres negras.

A APS é um espaço crucial para a promoção da equidade, pois é o primeiro nível de contato da população com o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, as desigualdades raciais impactam diretamente o acesso e a qualidade do atendimento prestado às mulheres negras, que frequentemente enfrentam micro e macro violências de raça e gênero, além da negligência institucional [1, 2, 5]. A saúde da mulher negra deve ser compreendida em um contexto histórico e estrutural de opressão, sendo fundamental considerar o racismo institucional como um dos principais desafios para o acesso equitativo aos serviços de saúde [3, 5]. O letramento racial torna-se, portanto, uma estratégia essencial para capacitar os profissionais de saúde a reconhecer e enfrentar essas iniquidades [4].

Dessa forma, ao integrar diferentes campos do conhecimento e promover a reflexão crítica, o mapa conceitual se mostra uma ferramenta pedagógica potente para fortalecer o letramento racial na saúde [4]. Sua utilização contribui para a formação de profissionais mais preparados para atender às demandas específicas das mulheres negras na APS, combatendo desigualdades históricas e promovendo a justiça social no campo da saúde.

A construção do mapa conceitual seguiu quatro fases estruturadas. Na 1ª fase, foram selecionados os conceitos centrais com base na questão norteadora da pesquisa (“Considerando a necessidade de letramento racial dos profissionais de saúde na atenção às usuárias negras no âmbito da APS, quais os elementos conceituais necessários para sua formação ético-política?”). A 2ª fase envolveu uma revisão bibliográfica aprofundada para fundamentar os conceitos, utilizando referências sobre letramento racial, saúde da mulher negra e políticas públicas de saúde. Na 3ª fase, estabeleceram-se as articulações conceituais, identificando relações lógicas entre os temas para estruturar a formação ético-política dos profissionais de saúde. Por fim, na 4ª fase, o mapa conceitual foi criado no software *Cmap Tools*, organizando visualmente as interconexões entre os conceitos e consolidando-o como ferramenta pedagógica para o letramento racial.

RESULTADOS

Ao final da concepção do MC, foram articulados 25 conceitos fundamentais para a estruturação da formação ético-política dos profissionais da APS. Cada conceito foi desenvolvido com definições claras, exemplos e referências teóricas que contextualizam o tema da formação ético-política dos profissionais de saúde. A seguir, serão apresentados brevemente alguns conceitos abordados:

1. Formação: Processo contínuo de construção de conhecimento, consciência crítica e transformação social [7].
2. Ética: Análise do comportamento moral humano, com ênfase na reflexão sobre a responsabilidade das ações e na transformação social [7].
3. Política: A política como ação coletiva e transformação da realidade social, com foco no bem coletivo e no reconhecimento do sujeito histórico [7].
4. Letramento Racial: Processo de aprendizagem que capacita os indivíduos a identificar, analisar e combater o racismo [4].
5. Cuidado em Saúde: Ação integral que envolve acolhimento, respeito e escuta ativa, reconhecendo o sujeito em sua totalidade e promovendo sua autonomia na busca pelo bem-estar [2].
6. Educação Popular: Abordagem educacional que visa capacitar os indivíduos a se tornarem agentes transformadores de suas realidades sociais, tendo como base a valorização das culturas populares [4].
7. Cuidado Humanizado: Atendimento que vai além do modelo biomédico, reconhecendo as especificidades culturais e históricas [1, 7].
8. Interseccionalidade: As opressões de raça, gênero e classe não operam de maneira isolada, mas se interagem e se reforçam mutuamente, criando experiências únicas de discriminação e desigualdade para indivíduos que ocupam múltiplas posições sociais marginalizadas [3, 5].
9. Mulher Negra: Construção social que determina os papéis, expectativas e opressões impostas às pessoas com base na raça e sexo. Historicamente usada para justificar a exploração e a dominação, especialmente no contexto do racismo patriarcal cis-heteronormativo [3].

Processo de Vulnerabilização: Processo social que impõe a exclusão de certos grupos de direitos básicos, colocando-os em situações de risco [1].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A construção do MC como ferramenta pedagógica para o letramento racial dos profissionais da APS mostrou-se essencial para estruturar conceitos sobre desigualdades raciais e o cuidado em saúde das mulheres negras. A sistematização do conhecimento por meio desse recurso facilitou a compreensão crítica dos desafios estruturais que impactam essa população.

Os resultados indicaram que o MC favorece a formação ético-política dos profissionais, destacando a interseccionalidade entre raça, gênero e classe como central para compreender as vivências das mulheres negras no sistema de saúde. Ademais, evidenciou a necessidade de formação continuada e reflexão crítica sobre práticas institucionais. Assim, a proposta reforça a importância do letramento racial na formação dos profissionais de saúde, promovendo justiça social e equidade no cuidado.

REFERÊNCIAS

- [1] Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciênc Saúde Colet. 2004.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
- [3] Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Silva LAM et al., organizadores. Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos. Brasília, DF: ANPOCS; 1983.
- [4] Hooks B. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.
- [5] Pachá A, Piedade V. Sobre feminismos. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir; 2021.
- [6] Pietrabalhos. Vídeo 1 – Introdução aos Mapas Conceituais Aplicados à Educação [vídeo]. YouTube; 2013 abr 22 [acesso em 2025 fev 19]. Disponível em: https://youtu.be/4IBT37SJ42c?si=pa8P_MP-kHffiKsi
- [7] Pinheiro R, Lopes TC, organizadores. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2010.

O MODELO BIOMÉDICO ENQUANTO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA COLONIALIDADE

Ana Augusta Penteado de Oliveira¹
Lorena Rodrigues Tavares de Freitas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Atualmente, a compreensão do modelo biomédico (doravante MB) como reducionista da complexidade dos processos que envolvem a saúde, o adoecer, o cuidado e a vida, tem se tornado mais evidente. Porém, não há uma clara enunciação da intrínseca conexão (estrutural) entre a colonialidade do poder [1] e a supremacia do MB, apesar de existirem vários estudos que tangenciam o tema ou que questionam, de alguma forma, esse lugar de poder hegemônico do discurso biomédico.

A modo de compreender a indissociabilidade entre a colonialidade do poder e o MB e de tornar palpável a discussão sobre a base epistemológica (colonial) da práxis em saúde, analisamos o Relatório Flexner (doravante RF), documento publicado em 1910, que é um marco essencial e representativo da hegemonia do MB. Este documento teve grandes repercussões, vigentes até hoje, na constituição do ensino da medicina científica ocidental, consolidando o MB como o padrão de ensino validado, respeitado e aceito a nível mundial.

OBJETIVO

O escopo deste texto é tecer a relação entre a colonialidade e o processo de constituição e manutenção da supremacia do modelo biomédico, fazendo aproximações com a biopolítica.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho, numa dimensão mais ampla, parte do paradigma decolonial [2], com uma abordagem qualitativa. É uma pesquisa de natureza básica, analítica, que tem um caráter exploratório, objetivando explicitar a produção da invisibilidade desta temática. Quanto aos procedimentos, é uma pesquisa bibliográfica que investiga a ideologia por trás da suposta neutralidade do MB.

RESULTADOS

A partir do conceito de *hybris* do ponto zero, de Castro-Gómez (2004), percebemos que a implementação do MB se calcou na premissa iluminista de que existe um lugar de observação (na verdade um não-lugar) que não pode ser observado de nenhum outro, nem representado, pois é onipresente e, portanto, invisível. Sem a invenção desse não-lugar, não haveriam as condições propícias para a imposição de um modelo detentor do único discurso considerado válido e com poder para se impor perante outros.

1 Universidade da Integração Latino-Americana do Paraná. E-mail: anapenteado27@outlook.com

Os conceitos de tempo panóptico e espaço anacrônico [3], de McClintock (2010), ajudam a entender a avaliação contundente que Flexner fez das escolas a partir de um rápido passeio por elas. O Darwinismo social, a ideia de que a evolução das sociedades segue uma mesma sequência linear e ascendente em direção à modernidade, possibilita consumir num golpe de vista toda evolução humana, um tempo panóptico, relegando aquelas escolas que não estavam no mesmo “estágio evolutivo” europeu ao espaço anacrônico, não habitando a modernidade.

A partir do conceito de colonialidade de gênero [4], de Maria Lugones (2008), podemos compreender como as estruturas basilares da colonialidade do poder, as desigualdades de acesso ao trabalho valorizado, o racismo e a desigualdade de gênero, também são constituintes das bases epistemológicas do MB. Como exemplos disto, Flexner assume que o declínio no contingente de estudantes mulheres advém do desinteresse pela área, sem questionar as infundáveis variáveis sociais das macro e micro estruturas que poderiam influenciar nesse decréscimo. Por outro lado, Flexner afirma que a prática médica exercida por médicos negros deve se restringir a sua própria “raça”, buscando com isto domesticar a diferença sob o manto da tolerância à diversidade [5].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Alicerçadas em Michel Foucault [6], compreendemos que o surgimento do MB foi possibilitado pela entrada do poder disciplinar no espaço do hospital. Partindo da perspectiva decolonial, entendemos que a hegemonia do MB se fundamenta na crença da superioridade do saber científico em detrimento de outros sistemas de conhecimento, que ele se desenvolveu como um dos inúmeros dispositivos da colonialidade do poder e, portanto, é a episteme que está institucionalizada nas sociedades capitalistas contemporâneas, compondo toda práxis em saúde, em maior ou menor intensidade. Nossa investigação apontou como problemática central o caráter totalizador do MB que, ao se impor como neutro e superior a todos os outros sistemas de atenção à saúde [7] existentes, se torna incapaz de enxergar as limitações que possui para lidar com as complexas realidades sociais e culturais em torno do fazer/pensar a saúde, favorecendo práticas subalternizantes contra determinados grupos sociais.

REFERÊNCIAS

- [1] Quijano A, Acosta A, Lander E, Mignolo WD, Escobar A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Buenos Aires: CLACSO; 2000.
- [2] Ballestrin L. América Latina e o giro decolonial. *Revista brasileira de ciência política*. 2013;0(12):89-117.
- [3] McClintock A. *Couro imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial*. Campinas: Unicamp; 2010.
- [4] Lugones M. Colonialidad y género. *Tabula rasa*. 2008;9:73-101.
- [5] Lewkowicz R. Entre a aldeia e o hospital: etnografia sobre o parto entre mulheres Mbyá-Guarani. In: XI Congresso Argentino de Antropología Social; 2014.
- [6] Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- [7] Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3).

O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E ATENÇÃO PRIMÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DAS COBERTURAS E DO PERFIL DE RASTREAMENTO

Graziela Barbosa Freitas Scoralick¹

Maria Tereza Bustamante Teixeira

Maximiliano Ribeiro Guerra

Mário Círio Nogueira

Rafael Barbosa Mokdeci Surebus

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O câncer é um grande problema de saúde pública, econômico e social no século XXI e merece destaque nos estudos que envolvem a saúde coletiva. Por sua magnitude, responsável por quase uma em cada seis mortes (16,8%) e uma em cada quatro mortes (22,8%) por doenças não transmissíveis (DNTs) em todo o mundo¹. Três em cada dez mortes prematuras globais por DNTs (30,3% entre aqueles com idade entre 30 e 69 anos) são causadas por câncer.

No ano de 2022, com base em estimativas atualizadas da Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC), os dados do GLOBOCAN³ demonstraram que o câncer de mama feminino foi o segundo tipo de câncer mais diagnosticado no mundo, representando 11,6% dos oito tipos de cânceres com maior incidência mundial. A mortalidade por este câncer foi a quarta dentre as mortalidades por câncer¹.

O rastreamento do câncer de mama, segundo as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama do Instituto Nacional de Câncer², obteve avanços com estratégias de controle que vêm sendo implementadas no Brasil, inicialmente por meio de ações isoladas e, em décadas recentes, por ações inseridas no contexto de programas de controle do câncer. Contudo, o modelo de rastreamento oportunístico adotado no Brasil merece discussão devido à sua baixa efetividade.

OBJETIVO

Analisar a cobertura de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, no estado do Rio de Janeiro em um recorte temporal de 2017-2024 e a relação com a cobertura de APS; identificar o sobrerastreamento por faixa etária segundo às diretrizes técnicas nacionais.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, de característica documental, descritiva e exploratória. Foram utilizados os dados do SISCAN (DATASUS) e do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: grazielabf@gmail.com

de Janeiro (Sistema de Saúde da SES RJ). Os dados extraídos pelo SISCAN foram: número total de pacientes com mamografia realizada por faixa etária de 50-69 anos e recorte a cada dois anos no período de 2017-2024; número total de mamografias no ano, por faixa etária de 50-69 anos no estado do Rio de Janeiro, no recorte temporal a cada dois anos no período de 2017-2024; e o tempo de espera dos exames (até 30 dias, 30 a 60 dias, mais de 60 dias) de acordo com os critérios clínicos de rastreamento e diagnóstico. Os dados extraídos da SES RJ se referem aos Indicadores: Cobertura de ESF/APS por regiões de saúde no recorte temporal de 2017-2024 e mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. O modelo de cálculo utilizado foi do INCA – parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Os dados foram analisados com estatística descritiva.

RESULTADOS

No período de 2017 a 2024 foram realizadas 1.143.547 mamografias no estado do Rio de Janeiro, segundo dados do SISCAN. Destas, 67,4% foram realizadas em mulheres na faixa etária indicada pelas diretrizes nacionais, 25,5% das mamografias foram realizadas em mulheres com menos de 40 anos e 7,1% em mulheres com 70 anos e mais. A cobertura de mamografia no estado do Rio de Janeiro apresentou expansão, tendo o período de 2023 – 2024 o maior percentual que foi em torno de 35%. O reflexo da expansão da atenção primária ao longo dos anos corroborou com o aumento dos dados de rastreamento, no entanto, ainda aquém do que se espera pelo percentual de cobertura de APS no estado do Rio de Janeiro que no período de 2023-2024 foi de 76% de cobertura de Saúde da Família. Quanto ao tempo de espera para realização dos exames as mamografias de rastreamento possuem menor tempo de espera, sendo mais de 40% realizadas em até 30 dias, porém as de critério clínico definidos na modalidade diagnóstico tiveram tempo de espera superior em a 60 dias, em todos os biênios analisados de 2017 a 2024.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A cobertura de APS tem relação direta com a cobertura do rastreamento, as faixas etárias rastreadas diferem em seu percentual das recomendações clínicas, por faixa etária. Existem diferenças nos dados do SISCAN com os dados do SIA/SUS, considerando que o SISCAN ainda não está em sua totalidade descentralizado no estado e os dados do SIA/SUS sofrem interferência de subinformação.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- (2) Bray FB. Estatísticas globais de câncer 2022: estimativas do GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 tipos de câncer em 185 países. CA: A Cancer Journal for Clinicians. Doi: [10.3322/caac.21834](https://doi.org/10.3322/caac.21834)
- (3) World Health Organization. Globocan. International Agency for Research on Cancer. Geneva: WHO. Disponível em: <https://gco.iarc.fr>

O SOFRIMENTO DE UM INDIVÍDUO É SINTOMA DO ADOECIMENTO DE SEU POVO

Gabriel Baptista Antonio¹

Pedro Monteiro da Rocha Ramos

Manoela de Carvalho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho relata a iniciativa de um grupo de estudantes de medicina de uma universidade pública do interior do estado de São Paulo que resultou na criação de um núcleo de estudos marxistas aplicados à saúde. O objetivo do grupo é promover discussões acerca da complexidade do processo saúde-doença na atualidade, partindo de referenciais teóricos como o materialismo-dialético e a determinação social do adoecimento.

OBJETIVO

Relatar a criação de um núcleo de estudos marxistas aplicados à saúde em uma universidade pública do interior paulista e refletir sobre a importância da criação de espaços de formação política para a manutenção de um ambiente acadêmico democrático e sensível a todos os aspectos que compõem a realidade brasileira, direcionando suas reflexões e atuações para a superação dos horizontes pressupostos por referenciais ideológicos e hegemônicos sobre a saúde.

METODOLOGIA

A multidimensionalidade do conceito de saúde torna obrigatória a consideração de seus aspectos social, econômico e político para um adequado diagnóstico de seus problemas para além das expressões cotidianas de insuficiências e iatrogenias que a sociedade absorve e incorpora ao seu modo de ser e de (re)produzir a realidade e o horizonte para o qual caminha. Tais fenômenos são determinados por uma estrutura social que, de forma fisiológica, ou seja, em consonância com a racionalidade dominante neoliberal acerca do processo saúde-doença, induz às limitações do nosso entendimento sobre as condições mais fundamentais do sofrimento humano, suas causas e as possíveis intervenções que norteiam nossas práticas sociais enquanto classe trabalhadora da Educação e Saúde.

O processo de medicalização da vida que a sociedade ocidental empreendeu a partir do século XVIII (1), muito além da exploração de uma nova frente de mercado que se consolidava, à medida em que o progresso científico-tecnológico elevava de forma inédita a capacidade humana de compreender e intervir nos fenômenos do corpo e da natureza, tem se mostrado um mecanismo crucial para a manutenção das relações econômicas e sociais que conformam nossa vida na modernidade. O domínio não apenas do corpo, enquanto força produtiva a ser explorada para a expansão do capital, seus

1

E-mail: gabriel.baptista@unesp.br

processos biológicos e sua reprodução, mas também dos fenômenos e movimentos que observamos a níveis populacionais (culturais, políticos, comportamentais etc.), alicerça o modo de organizar a produção e a distribuição da riqueza no sistema capitalista.

Como observa Laurell(2), o perfil patológico de uma população se transforma na medida em que essa população se desenvolve socioeconomicamente. Contudo, esse não é um processo linear e dependente exclusivamente de suas condições materiais e capacidades produtivas, mas determinado pelas relações sociais de produção que a estrutura. Em outras palavras, a maneira que um sujeito se insere nas cadeias produtivas de bens e valor, as condições sobre as quais mantém sua vida e a forma que se distribui tudo aquilo que coletivamente se produz, exercem maior influência sobre seu modo particular de adoecer.

É do desejo de uma melhor compreensão sobre as diversas formas de abordar o sofrimento humano, dialogando a todo o momento com a construção e manutenção do momento presente, que criou-se um núcleo de estudos marxistas aplicados a saúde em uma universidade pública do interior paulista, iniciativa de estudantes de diversos cursos da área da saúde que objetiva contribuir para a formação de uma prática transformadora, ativa e sensível às mazelas que afligem à sociedade. Nele são estudadas referências teóricas que foram importantes para a construção do campo da Saúde Coletiva, sempre sobre uma perspectiva materialista-dialética e crítica ao modo de produção capitalista; buscamos promover o debate e a reflexão crítica sobre as relações entre saúde, sociedade e as estruturas de opressão e exploração.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Entender a complexidade do contexto em que nossa prática ocorre, na medida em que ela se mostra como um potente instrumento de amparo e transformação do tecido político-social, é um passo fundamental para a formação de um trabalhador da saúde comprometido com um cuidado integral, sobretudo em uma realidade tão assimétrica socioeconomicamente como a do Brasil, país latino-americano periférico à ordem capitalista e que desde o século XVI é assaltado por uma elite colonial-neoliberal. Precisamos de atores sociais ativos e conscientes das potencialidades de sua ação para a construção de um mundo mais justo em que todos possam viver com mais saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Martins LAM, Peixoto CA. Genealogia do biopoder. Rio de Janeiro; 2009. v.21.
- (2) Laurell AC. A saúde-doença como processo social. 1983.

O TRABALHO CONJUNTO ENTRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E PRESÍDIO: AÇÕES PARA MITIGAÇÃO DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO MASCULINA PRIVADA DE LIBERDADE EM CATAGUASES-MG

Matheus Moutinho Crepaldi¹

Tairises da Silva Roque

Vinicius Franzoni Barbosa Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um importante problema de Saúde Pública por sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A ocorrência e a transmissão da TB associam-se às condições de vida da população: elas são mais elevadas em locais de alta densidade demográfica, precárias infraestruturas de saneamento e moradia, insegurança alimentar, abuso de drogas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em virtude disso, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) elegeu como populações mais vulneráveis à infecção os indivíduos em situação de rua, a população privada de liberdade (PPL), indígenas e pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (do inglês human immunodeficiency virus), agente infeccioso causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Em Cataguases, cidade sediada na Zona da Mata Mineira, o programa de controle de tuberculose, alinhado junto a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, desenvolveu ações e estratégias para garantia de direitos da população masculina privada de liberdade para diagnóstico e controle da tuberculose na população masculina privada de liberdade do sistema de encarceramento local.

OBJETIVO

Os objetivos dessa estratégia foram: 1. Conhecer o status sorológico para tuberculose de toda as pessoas privadas de liberdade a partir de exames de BAAR e Raio x pulmonar ou PPD. 2. Atualizar os profissionais de saúde do sistema carcerário sobre a tuberculose, formas de contaminação, diagnóstico e isolamento 3. Implantar o teste rápido molecular como forma de diagnóstico pela Secretaria Municipal de Saúde 4. Apoiar tecnicamente a equipe local do sistema carcerário sobre as condicionalidades em saúde da população privada de liberdade, bem como a inserção dos mesmos nas redes de saúde.

METODOLOGIA

Metodologia participativa e com mesas de negociações envolvendo os profissionais do sistema carcerários, profissionais e gerencia da secretaria de saúde e os privados de liberdade com a explicação sobre seus direitos e sua responsabilização sobre sua saúde. Como primeira atividade, reunimos uma equipe de profissionais da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica para a realização da testagem

1

Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases. E-mail: matheusmoutinhocrepaldi@gmail.com

de toda população privada de liberdade e dos funcionários. Após feito os testes, onde encontramos pessoas positivas, iniciávamos o tratamento e solicitávamos os outros testes como VDRL para Sífilis, Western blot para HIV, Anti HbsAg para Hepatite B e Anti HCV para hepatite C caso necessário. Como segunda atividade, a secretaria municipal de saúde disponibilizou um pneumologista uma vez na semana para realização de consultas nas dependências da unidade prisional. A terceira atividade consistiu em capacitar os profissionais médicos e técnicos em enfermagem da unidade prisional a realização dos testes rápidos para ISTs no momento em que a pessoa estiver sendo encarcerada e se estiver com sintomas respiratórios já é colhido o TRM TB. A quarta atividade foi o remodelamento no momento da suspeita de TB, quando um privado de liberdade abre sintomas para TB, o mesmo é separado dos demais e colocado em outro local, o mesmo é testado e todos da cela também.

RESULTADOS

Conhecimento das condicionalidades de saúde de toda população masculina privada de liberdade. Organização da rede de atenção a população privada de liberdade no enfrentamento da Tuberculose. Implantação da triagem a toda população privada de liberdade para garantir integralidade em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conhecer as populações vulneráveis, como é o caso da população privada de liberdade, e garantir sua visibilidade, constitui um primeiro passo no sentido de planejar e implementar medidas de intervenção para esse grupo, de forma a impactar positivamente os indicadores gerais da doença em nosso município¹.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Margareth Cristina de Almeida Gomes¹

Elisabete Pimenta Araújo Paz

Francimar Tinoco de Oliveira

Priscila Brigolini Porfírio Ferreira

Sabrina da Costa Machado Duarte

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A tematização sobre cultura de segurança nos cuidados em saúde tem tido importância crescente, ocupando posição central nas agendas de políticas públicas relacionadas à atenção à saúde de alta complexidade por todo o mundo¹. Paradoxalmente, recebe menos destaque nas diretrizes voltadas à gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS)². A Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), também conhecidas globalmente pela expressão Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS), são uma das principais causas de cuidados inseguros e constituem um desafio global de saúde pública, considerando a morbi-mortalidade e incapacidade provocadas¹. Frente a importância dos profissionais de saúde na implementação de medidas de prevenção e controle de infecções², se faz pertinente o fomento de iniciativas que se dediquem a fortalecer o âmbito da formação de Nível Superior, a fim de que haja processos de ensino-aprendizagem que qualifiquem as práticas profissionais. Neste âmbito, a aposta em diferentes atores e cenários que dialoguem com a realidade dos serviços de saúde pode se mostrar estratégica para aprendizagem significativa e comprometida com uma cultura de segurança, desde os cuidados primários de saúde, ou Atenção Básica³, até a alta complexidade.

OBJETIVO

Este estudo apresenta uma reflexão sobre a experiência de docentes da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) que participam de um projeto de cooperação internacional dedicado à qualificação do ensino sobre prevenção e controle de IRAS/IACS, junto ao corpo social de 4 (quatro) cursos de Graduação em Enfermagem latino-americanos, com o envolvimento de enfermeiros das Redes de Atenção à Saúde (RAS) da cidade do Rio de Janeiro, no Brasil.

METODOLOGIA

O projeto “Empowering Nursing High Education with Innovative Healthcare-Associated Infection Prevention and Control Practices in Latin America”, denominado igualmente pela sigla HAIInnovPrev (101083115), é cofinanciado pelo Erasmus+ Program da União Europeia, e reúne 6 (seis) Instituições de Ensino Superior (IES): a UFRJ, a Universidade Federal de Viçosa (UFV), a Universidad Andina del Cusco (UAC), a Universidad Nacional Autónoma de Chota (UNACH), a Universidad de Salamanca (USAL) e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: margareth.gomes@eean.ufrj.br

Sob execução desde 2023, o projeto tem por objetivo fortalecer metodologias no ensino clínico em Enfermagem voltado para a prevenção e controle de IRAS/IACS e o manejo de antimicrobianos. A partir de guíões pré-estabelecidos, foram realizados 16 cenários de simulação, incluindo cenários comunitários, com a execução de grupos focais para coleta de dados qualitativos que ajudassem a compreender a percepção dos participantes sobre as atividades realizadas. Foram envolvidos cerca de 300 estudantes, 60 docentes e 120 enfermeiros.

RESULTADOS

O uso de cenários de simulação mostrou-se ferramenta importante no ensino sobre prevenção de IRAS/IACS, promovendo vantagens como aumento da confiança dos estudantes, melhoria na tomada de decisão clínica e promoção de um ambiente seguro para aprendizagem. A proposição de atividades assistenciais relacionadas ao contexto comunitário, tal como a administração de injetáveis na APS, permitiu o exercício de formas de compreender o cuidado e a adaptação necessária das atividades assistenciais frente às vicissitudes da realidade dos territórios³. O ensaio de práticas antes da aplicação em cenários reais tornou possível não apenas potencializar a qualidade dos cuidados prestados, como também valorizar metodologias participativas de ensino-aprendizagem, em que os estudantes são posicionados no centro dos processos pedagógicos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Iniciativas pedagógicas baseadas em simulação que contemplem diferentes cenários assistenciais e sem perder de vista os cenários comunitários, demonstram potencial para reforçar práticas seguras de saúde. A abordagem dos desafios específicos dos cuidados comunitários, tais como a falta de insumos e infraestrutura assistencial, propicia a adaptação dos enfermeiros aos contextos de vida das populações, aproximando os processos de ensino-aprendizagem da realidade vivenciada pelos profissionais na APS e na Saúde da Família. Desta forma, os estudantes podem experimentar diferentes desafios que viverão na vida profissional, ampliando seu repertório para adentrar ao mundo do trabalho. Igualmente, podem melhor enfrentar as limitações e aproveitar as potencialidades de cada espaço de trabalho em Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021–2023. Geneva: World Health Organization. 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- (2) Massaroli A, Martini JG, Moya JLM, Bitencourt JV de OV, Reibnitz KS, Bernardi MC. Teaching of infection control in undergraduate courses in health sciences: opinion of experts. Rev Bras Enfer. 2018;71:1626–34. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0928
- (3) Silva Mendes CFG, Barroso FFM. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Rev Port Saúde Pública. 2014; 32(2): 197-205. DOI: 10.1016/j.rpsp.2014.06.003

ÓBITO FETAL E LUTO MATERNO: REFLEXÕES PARA O FORTALECIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Isis Teixeira e Silva Santana¹

Julie Higuti Fukushima

Jaqueline Sousa Leite

Nelson da Cruz Gouveia

Zilda Pereira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A mortalidade fetal é um importante problema de saúde pública e marcador da qualidade da atenção de um sistema de saúde durante a gravidez e o parto [1,2]. No mundo, em 2019, foram estimados cerca de 2,0 milhões óbitos fetais, com 28 semanas ou mais de gestação. A taxa foi de quase 14 natimortos por mil nascimentos [1].

É preciso reconhecer que a construção do vínculo mãe-criança se inicia na gestação [3]. Diante do óbito fetal, sonhos, esperanças e expectativas são interrompidos, podendo resultar em dificuldade de aceitação, negação e sofrimento para as mulheres e família [4].

A inexistência de políticas e protocolos adequados para o acolhimento e manejo do luto materno no contexto do óbito fetal pode agravar diversos aspectos emocionais, psicológicos e físicos para as mulheres e suas famílias.

Pesquisas que investigam o significado do óbito fetal para as mães ainda são escassas e espera-se que os resultados auxiliem no reconhecimento do sofrimento materno e subsidiem elaboração de políticas, linha de cuidado e ações nos serviços de saúde.

OBJETIVO

Identificar as emoções que estão sendo expressas nas falas das mulheres após a notícia do óbito fetal.

METODOLOGIA

Esse estudo exploratório de natureza qualitativa, está inserido no projeto multidisciplinar: Mortalidade Fetal: desafios do conhecimento e da intervenção (FetRisks–FAPESP 2016/07765-0). O projeto base é um estudo de caso controle, realizado em 14 hospitais públicos do município de São Paulo. Para o subprojeto sobre luto, foram obtidos dados de uma subamostra de 97 mães, sendo utilizados 2 instrumentos: a) questionário socioeconômico aplicado no hospital e b) entrevista

1 Universidade de São Paulo. E-mail: isis.santana@usp.br

com roteiro semi estruturado, aplicadas em domicílio. As entrevistas foram transcritas literalmente utilizando o software Reshape e em seguida realizou-se dupla conferência da transcrição. Para a análise, utilizou-se o software Nvivo. Foram analisados os sentimentos das mães referente a notícia do óbito fetal e se elas tinham conhecimento desta possibilidade. Para a análise dos relatos verbais emanados nas entrevistas foi utilizada a Análise de Conteúdo, sendo identificadas categorias, com as frases ou palavras que se repetiam.

RESULTADOS

Quando questionadas como se sentiram com o óbito fetal, a maioria das entrevistadas relatou que foi um momento de profunda tristeza e dor. O impacto emocional abrupto do óbito trouxe uma sensação de vazio, destruição e desespero. A maioria não esperava por esse desfecho, esperavam que seu bebê nascesse saudável e estivesse vivo em seus braços após o parto, portanto essa triste notícia também foi recebida com choque e frustração. Quando a morte antecede a vida, ocorre uma ruptura das expectativas e idealizações que foram projetadas e não serão concretizadas.

Para algumas, receber a notícia do óbito foi a pior notícia de sua vida e que sua vida havia acabado ali, sentindo-se assustadas e impotentes, revelando o quão duro e complexo foi essa vivência. O sentimento de culpa também esteve presente na tentativa de entender o que causou o óbito fetal, e o medo se manifestou na ausência de informações sobre os procedimentos necessários após o diagnóstico e parto. Também foi atribuído como sendo da vontade de Deus esse acontecimento.

O sentimento de dor e tristeza também foram intensos para as mulheres que já haviam vivenciado perdas em gestações anteriores e as que tinham conhecimento de possíveis complicações gestacionais e comorbidades fetais, que poderiam acarretar ao óbito fetal; no entanto a maioria destas mulheres tinham esperanças que seu filho nascesse bem e saudável e que pudesse ter havido erros no diagnóstico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O óbito fetal teve um impacto emocional importante na vida das mulheres. Identificar a dor e todo o sofrimento que este traumático e devastador acontecimento pode acarretar é importante para se fornecer o apoio necessário na elaboração do luto. As mulheres e familiares precisam de um ambiente acolhedor e que o luto seja reconhecido pelo seu entorno. A construção do significado desta perda é única e singular e essencial para esse processo.

Esses achados reforçam a importância de políticas públicas que garantam assistência humanizada e suporte psicossocial no contexto do luto materno. Um atendimento humanizado, com políticas e protocolos adequados para o acolhimento e manejo do luto materno durante e após a perda pode fazer uma grande diferença na experiência dessas famílias.

REFERÊNCIAS

- [1] Hug L, You D, Blencowe H, Mishra A, Wang Z, Fix MJ, et al. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *Lancet*. 2021;398(10302):772–85.
- [2] Rêgo MGS, Vilela MBR, Oliveira CM, Bonfim CV. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017- 0084.
- [3] Muza JC, Sousa EN, Arrais AR, Iaconelli V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol. teor. prat.* 2013;15(3):34-48 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso
- [4] Lemos LFS, Cunha ACB. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015;35(4):1120-1138.

OS CAMINHOS DO TRABALHO INFORMAL NOS CAMINHOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL. TRABALHADORES DOMÉSTICOS OU CUIDADORES DE IDOSOS

Hamilton Delgado de Almeida¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este estudo bibliográfico discuti a temática do “idosos que necessita de cuidados” e “quem são as pessoas que realizam estes cuidados”. O cuidador de idosos no contexto domiciliar é um profissional que prima pela informalidade do cuidado e são regulados como trabalhador doméstico e sem uma formação ou orientação específica para o cuidado.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, no Brasil em 2022, o total de pessoas com 65 anos ou mais no país (22.169.101) chegou a 10,9% da população, com alta de 57,4% frente a 2010, quando esse contingente era de 14.081.477, ou 7,4% da população¹.

Cuidador é a pessoa contratada ou familiar, membro, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano—como a ida a bancos ou farmácias.

Os modelos de atenção a população de idosos deve valorizar a rede de apoio de suporte ao envelhecimento da população e criar estratégias de formação e orientação para o cuidado dos idosos. Destaca o papel do cuidador informal de idoso e as vivências familiares dos idosos, bem como os modelos de atenção voltados a estes cuidadores, tais ações destacam a importância de uma rede como base do processo de cuidar com qualidade.

OBJETIVO

Discutir a importância do cuidador de idosos dentro do processo de envelhecimento populacional. Discutir a necessidade de ações de formação e orientação aos cuidadores informais de idosos.

METODOLOGIA

Este trabalho bibliográfico busca de estudos que discutem a informalidade do trabalho de cuidadores de idosos e enfocam as propostas e ações direcionadas à capacitação do cuidador do idoso dependente no contexto domiciliar. A consulta foi efetuada na base de dados MEDLINE, BIREME e LILACS. Realizada uma busca bibliográfica com os descritores: “cuidador de idosos”, “trabalho informal” e “trabalho doméstico com idosos”.

1 Ministério da Saúde – Fundação de Apoio as Escolas Técnicas do Rio de Janeiro. E-mail: hamdelgado55@gmail.com

RESULTADOS

A partir do levantamento foram encontrados poucos trabalhos que enfatizam a vivência dos cuidadores de idosos no âmbito domiciliar. Em se tratando do contexto brasileiro, o debate em torno da profissão do cuidador iniciou efetivamente no início da década de 1990, a partir da Política Nacional do Idoso e da Política Nacional de Saúde do Idoso (Batista et al., 2014) ² e, desde então, diversos atores do cuidado na sociedade, como Estado, mercado, família e instituições filantrópicas, combinam-se de diferentes maneiras de forma a assegurar a organização social do cuidado³.

No Brasil mediante a Constituição de 1988 que considera como responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o suporte ao idoso, além do fornecimento de subsídios que garantam sua participação na comunidade, a defesa de sua dignidade e bem-estar e a garantia do direito à vida. Entretanto ainda carecemos de uma rede de apoio ao idosos, bem como carências nos sistemas de saúde e de seguridade social, o que torna a família o principal núcleo de apoio social e afetivo dos idosos.

O cuidador de idosos formal foi reconhecido pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2002, por meio do código 5162-10 e está no âmbito dos trabalhadores domésticos. Para a CBO o cuidador de idosos necessita de um curso livre com carga horária de 80/160 horas, idade mínima de 18 anos e ensino fundamental completo. O cuidador de idosos deve ser um trabalhador assalariado ou autônomo e deve ter suas funções nos domicílios ou instituições de cuidado aos idosos.

A necessidade de uma formação adequada aos cuidadores de idosos é primordial para atenuar a carga física, emocional e socioeconômica e essencial para que o cuidador possa assumir suas responsabilidades de forma segura e satisfatória.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O trabalho do cuidador de idosos é uma realidade crescente dentro da sociedade e uma necessidade nas famílias dos idosos. A complexidade do atendimento ao idosos vai aumentando a partir da evolução da idade, cada dia temos mais longevos e temos que aprender a viver e atender suas necessidades.

O cotidiano do cuidado informal não abarca todas as necessidades da população idosa, que torna menos dependente e anseia novos cuidados. Cuidado este que deve trazer não apenas questões de saúde física, mas oficinas de memória e opções de lazer e bem-estar, apesar dos poucos espaços sociais para tais eventos. As demandas do cuidado como idoso vão além dos espaços domésticos, mas na preservação da autonomia e nos ambientes urbanos pouco pensado para esta população.

As políticas públicas devem ser melhoradas e atender o idoso no âmbito de suas demandas e introduzir os cuidadores de idosos dentro dos serviços prestados a esta população para atenuar danos e impactos na sua saúde física e mental.

REFERÊNCIAS

- (1) Gomes I, Britto V. Censo 22: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57.4% em 12 anos. IBGE; 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>
- (2) Batista AS, Bandeira LM. Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional. Rev Bras Ciência Política. 2015;(18):59-80.
- (3) Hirata H. O trabalho de cuidado: comparando Brasil, França e Japão. SUR-Revista Internac Direitos Humanos. 2016;13(24),53-64.

OS DESAFIOS DO MANEJO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Vitoria Silva de Paula¹

Fernanda Teles Moraes do Nascimento

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

Joyce Mendes de Andrade

Mariana Souza Pepe

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ser transmitida por transfusão de sangue, transplante de órgãos, via sexual e congênita¹. Seus sintomas aparecem principalmente nos estágios primário e secundário, mas também podem ocorrer nos estágios latente e terciário¹. Apesar do diagnóstico acessível e tratamento adequado, a doença continua sendo um problema de saúde no Brasil, devido a fatores como o acesso limitado à testagem, desinformação e escassez de penicilina benzatina². A Estratégia Saúde da Família é considerada a principal porta de entrada no SUS e modo de organização prioritário da Atenção Primária à Saúde (APS), onde o enfermeiro atua como educador em saúde, disseminando informações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis³. Além de consultas e prescrições, o enfermeiro realiza testes rápidos e acompanha o tratamento. Entre 2012 e 2018, as taxas de sífilis adquirida cresceram 35,4% ao ano, com uma queda em 2020 devido à pandemia. Em 2021, a taxa aumentou novamente, com a maior prevalência em homens adultos (61,3%) e mulheres jovens. No período de 2005 a 2023, foram registrados cerca de 624.273 casos em gestantes, com um aumento de 15,5% em 2022.

OBJETIVO

Identificar os desafios do manejo da sífilis na Atenção Primária à Saúde e descrevê-los a partir da literatura científica dos últimos cinco anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa. A busca foi realizada no Portal CAPES utilizando descritores extraídos do Banco de Descritores em Ciências da Saúde e do Medical Subject Headings, sendo eles: “Sífilis” e “Atenção Primária à Saúde”; “Syphilis” e “Primary health care”. Os critérios de inclusão foram: publicações do tipo artigo, publicadas nos últimos cinco anos (2019 a 2023), disponíveis na íntegra em português, inglês e espanhol. Como estratégia de busca, foram realizadas duas pesquisas no Portal CAPES, utilizando o login institucional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na busca com descritores em inglês, aplicando os filtros estabelecidos, obtiveram-se 101

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: viihdpaula@hotmail.com

resultados. Na busca com descritores em português, aplicando os mesmos filtros, foram encontrados 46, totalizando 147 artigos. Dessa forma, a partir desse número, realizou-se a seleção inicial por título e resumo que resultou em 57 artigos os quais foram selecionados para leitura completa na íntegra e posteriormente excluídos 10 artigos cujo conteúdo não correspondia ao objetivo da pesquisa e/ou tratava-se de publicações duplicadas, restando 47 artigos a serem analisados.

RESULTADOS

Os anos obtidos englobam de 2019 até 2023, sendo mais prevalente o ano de 2021. O país mais predominante nas buscas foi o Brasil, com 46 estudos, tendo apenas 1 estudo da Nova Zelândia. Quanto à autoria, em 46 artigos os autores eram brasileiros e em 1 estudo eram neozelandeses. No que se refere ao tipo de estudo, destacaram-se em maior quantidade os Relatos de Experiências, Revisões Integrativas e Pesquisas Qualitativas. Quanto às revistas houve grande variedade, no entanto obtivemos a predominância de duas, a “Revista de Saúde Pública” com 3 artigos e a “Revista Brasileira de Inovação Tecnológica” que publicou também 3 artigos. Quanto aos desafios para o manejo da sífilis no contexto da sífilis gestacional os estudos demonstram fragilidade no acompanhamento, não adesão da gestante ao tratamento, baixo número de consultas, falta ou demora no diagnóstico, não tratamento das parcerias sexuais e falta de conhecimento da gestante sobre a doença. Foi identificada fragilidade na educação em saúde sobre a temática na APS, dificuldade na realização dos testes para diagnóstico e interpretação correta dos resultados, o que acarreta no tratamento inadequado e tardio. A falta de penicilina G benzatina nas unidades de atenção primária e informações falsas sobre a prevenção da sífilis, também se apresentam como desafios. Questões socioeconômicas dificultam o acesso à APS, o que afeta o acompanhamento, o diagnóstico e o acesso à informação sobre a temática. É importante destacar ainda a necessidade de capacitação profissional, o pouco conhecimento sobre dados epidemiológicos e a baixa incorporação de protocolos assistenciais na prática.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Em síntese, foi possível compreender que a Atenção Primária à Saúde passa por diversos desafios no manejo da sífilis, sendo eles desde dificuldades no tratamento, falta de capacitação para os profissionais, desconhecimento de manuais e diretrizes, falhas no diagnóstico, início tardio do tratamento até dificuldades na abordagem das parcerias sexuais de pacientes diagnosticados com sífilis. Dessa forma, o presente estudo evidenciou a necessidade de promover a qualidade da assistência prestada pela APS no âmbito estrutural, através da disponibilização adequada de materiais e insumos e também no âmbito da formação/ capacitação de recursos humanos, ampliando o conhecimento de estratégias mais efetivas para o manejo adequado da sífilis nesse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

- (1) Gomes N da S, Prates LA, Wilhelm LA, Lipinski JM, Velozo KDS, Pilger CH, et al. "Só sei que é uma doença": conhecimento de gestantes sobre sífilis. Rev Bras Promoção Saúde. 2021;34. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10964/pdf>
- (2) Ramos Junior AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. Cad Saúde Pública. 2022;38.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/@download/file>

PARTEIRAS TRADICIONAIS RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA E SUA PARTICIPAÇÃO NO SUS: RESISTÊNCIA, AFETIVIDADE E SUBVERSÃO

Bianca Alves de Oliveira Zorzam¹

Carmen Simone Grilo Diniz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O conceito de cuidado abrange muitas vertentes teóricas que favorecem o desenvolvimento das reflexões sobre a organização social do trabalho e suas mudanças ao longo da história. Quando pensamos as práticas de cuidado em saúde, em especial na obstetrícia, como um modo de transformação social no ato de cuidar, expandimos a reflexão para o âmbito mais abrangente – político, social e econômico – tornando as práticas de cuidado também como práticas sociais e políticas de saúde.¹

Essa dimensão política das práticas de saúde como ferramenta de mudança social também abriu caminhos para ouvir vozes do pensamento decolonial e do conceito da interseccionalidade para compreender a transformação de parteiras tradicionais afro-indígenas em grupos de saberes subalternizados em relação à ciência moderna e suas dificuldades no exercício da profissão no sistema de saúde.²

Nesse sentido, as práticas de parteiras tradicionais foram traduzidas neste trabalho como ferramentas políticas para a transformação social, a partir de suas participações no SUS, diante das desigualdades sociais, econômicas e políticas implicadas na saúde e para a construção de um conhecimento que se propõe a promover equidade, aqui traduzida nos eixos das práticas baseadas na *afetividade, resistência e subversão*.

OBJETIVO

Descrever e analisar os saberes e as práticas de parteiras tradicionais em comunidades ribeirinhas da Amazônia, na perspectiva dos conceitos de interseccionalidade e decolonialidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de doutorado que sob a lente da interseccionalidade³ na saúde e do conceito da decolonialidade^{4,5} realizou entrevistas em profundidade com 6 parteiras tradicionais ribeirinhas da região em torno de Tefé, na Amazônia, sobre como realizavam seu trabalho de cuidado das mulheres na gestão, parto e pós-parto.

Foram utilizadas as categorias propostas por Minayo⁶ para analisar as entrevistas. As categorias são agrupamentos de elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito, que nesta pesquisa foram norteadas pelos referenciais teóricos da decolonialidade e da interseccionalidade. Utilizando

1 E-mail: bianca.zorzam@usp.br

o método de análise do conteúdo foi possível identificar nas entrevistas, de acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, as categorias temáticas de análise.

RESULTADOS

A partir da análise, 3 eixos foram descritos e discutidos: práticas como resistência, práticas como afetividade e práticas como subversão, que traduzem suas práticas de cuidado como um ato político. “Práticas como resistência” reconhece a luta por reconhecimento e remuneração dessas parteiras tradicionais que se mobilizam para a realização do cuidado como forma de garantir o próprio funcionamento do Sistema Único de saúde na região; “Práticas como afetividade” compreende a afetividade nas práticas como uma emoção política⁷ para o enfrentamento à violência obstétrica e mobiliza um posicionamento por direitos das parteiras tradicionais em suas comunidades ribeirinhas.

A presença da parteira não somente protege as mulheres de possíveis violações de direitos, como também garante que elas acessem os hospitais em momentos oportunos para a garantia de saúde e segurança; “Práticas como subversão” nos emociona sobre a capacidade de parteiras tradicionais transgredirem os conceitos de corpo e parto da ciência moderna⁸, possibilitando a construção de conhecimentos que nascem das experiências com o próprio corpo e que se mobiliza em favor das mulheres e suas necessidades, através da observação e oralidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As dimensões de práticas nascidas de uma trajetória de *resistência*, *afetividade* e *subversão*, os três grandes eixos de análise desta pesquisa, promovem cuidados que desenham atitudes revolucionárias para uma saúde que garanta os direitos sexuais, reprodutivos e sociais daquelas que são cuidadas por parteiras tradicionais nas comunidades ribeirinhas da Amazônia. Garantir uma reparação epistêmica às parteiras tradicionais, por remuneração e reconhecimento como grandes agentes de saúde do Sistema Único de Saúde nas políticas públicas, pode contribuir para que parteiras tradicionais atuem em conjunto com o Sistema Único de Saúde de forma justa- uma de suas mais incansáveis lutas para agir em favor das mulheres, promovendo a equidade em saúde para a população ribeirinha na região da Amazônia.

Essa pesquisa recebeu apoio de bolsa do CNPQ e das instituições: Fiocruz Amazônia, Instituto Mamirauá e APTAM- Associação das Parteiras Tradicionais da Amazônia.

REFERÊNCIAS

- (1) Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco; 2001
- (2) Schweickardt, JC. Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2020.

- (3) Crenshaw, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. The University of Chicago Legal Forum [Internet]. 1989;139-167. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- (4) Santos, BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. Novos Estudos CEBRAP [Internet]. 2007;79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>.
- (5) Mignolo, WD. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. Cadernos de Letras da UFF, Niterói. [Internet]. 2008;34:287-324. Disponível em: http://professor.ufop.br/sites/default/files/tatiana/files/desobediencia_epistemica_mignolo.pdf.
- (6) Minayo MCS. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.
- (7) Jaggar A, Bordo S. Gênero, corpo e conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos; 1997.
- (8) Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE MÉDICOS, USUÁRIOS E GESTORES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS

Demetrio De Lacerda Caetano Dos Santos¹

Jorge Otávio Maia Barreto

Laura dos Santos Boeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O desequilíbrio entre a provisão de médicos e as necessidades dos sistemas de saúde e das populações é um problema mundial (1). Em muitos países, incluindo o Brasil, faltam médicos em diversas localidades, em serviços de saúde e em determinadas especialidades médicas, além dos profissionais estarem mal distribuídos geograficamente (entre regiões urbanas, suburbanas, periféricas e rurais) e no sistema de saúde, entre os setores público e privado, entre serviços de saúde e entre os níveis de Atenção Primária à Saúde (APS), ambulatorial e hospitalar (2). É correto dizer que a má distribuição de profissionais dificulta o acesso à assistência em saúde pela população, criando barreiras, e dificultava a expansão da rede de serviços.

O Brasil enfrenta problemas de distribuição de médicos na APS (3). Para intervir nessa realidade, o governo federal instituiu o Programa Mais Médicos, com objetivos de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias, reduzir as desigualdades regionais e fortalecer a prestação de serviços de APS e aprimorar a formação médica (4). O programa foi implementado em todas as regiões do país e desenhado buscando intervir em três eixos – a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde da APS, a expansão e melhoria da formação médica e o provimento emergencial.

OBJETIVO

Compreender as percepções e as experiências de usuários, gestores e médicos sobre o Programa Mais Médicos, destacando a aceitabilidade e a viabilidade dos diferentes grupos e identificar os desafios do Programa.

METODOLOGIA

O trabalho elabora uma Síntese de Evidências Qualitativas, seguindo os passos e orientações para elaboração de sínteses da Cochrane Effective Practice and Organisation of Care. As evidências qualitativas permitem compreender as experiências, percepções e contextos sociais que atravessam os processos de adoecimento, cuidado e acesso aos serviços e aprofundam o entendimento sobre os fenômenos em saúde, oferecendo subsídios valiosos para a formulação de políticas públicas e para a qualificação do cuidado.

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: demehpsico@gmail.com

Métodos de pesquisa: Pesquisa no PUBMED, BVS Saúde e Plataforma de Conhecimento do Mais Médicos, fontes de literatura cinzenta e referências dos estudos incluídos. Critério de seleção: Foram incluídos estudos qualitativos e de métodos mistos com componente qualitativo identificável. Coleta e análise de dados: Os dados foram extraídos utilizando o formulário de extração de dados. As limitações metodológicas dos estudos foram avaliadas com a adaptação da *Critical Appraisal Skills Programme*. Foi utilizada a abordagem de síntese temática para analisar e sintetizar as evidências e a CERQual (*Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research*) para avaliar a confiança em cada achado.

RESULTADOS

27 estudos foram incluídos, todos desenvolvidos no Brasil, contemplando as regiões do país e diversos perfis de municípios, incluindo os com população quilombola e indígena. Os estudos realizados com médicos incluíram brasileiros, estrangeiros, supervisores e tutores.

Os gestores expressaram satisfação com o PMM que permitiu estruturar as equipes de APS e os sistemas locais, promoveu ampliação de acesso e diversidade de ofertas de cuidado.

Os usuários expressaram satisfação com o atendimento recebido, com as habilidades técnicas e comportamentais dos médicos e a humanização do cuidado. Destacaram a facilidade de acesso aos serviços, após o PMM.

Os médicos estrangeiros sentiram-se acolhidos nas equipes, estabeleceram boas relações com gestores, profissionais e usuários. Valorizaram o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) e avaliaram positivamente o curso de especialização ofertado, a bolsa e o treinamento inicial.

A revisão identificou desafios do PMM—a supervisão, o idioma e as estratégias de comunicação do programa.

Desvendou desafios da APS e do SUS, como os processos de trabalho das equipes, à falta de insumos e equipamentos, a infraestrutura das unidades de saúde, o sistema de referência e contrarreferência, o acesso ao médico especialista e a falta de transporte adequado para acessar os serviços, em regiões rurais e remotas.

A confiança em vários achados foi rebaixada de alta para moderada, baixa ou muito baixa. As razões para isso foram às limitações metodológicas dos estudos primários incluídos, assim como quando os achados da revisão foram suportados por poucos dados e as pesquisas realizadas com poucos participantes. Outra razão para o rebaixamento da confiança foi à ausência de representatividade das regiões e dos perfis de municípios do país.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Com a revisão pode-se afirmar que o PMM foi bem aceito pelos três públicos estudados, nos diversos contextos em que foi implementado. A aceitabilidade superou os desafios do PMM em todos

os subgrupos analisados, porém os desafios desvendados pelo PMM são muitos e comprometem o cuidado ofertado na APS e a materialização dos princípios do SUS.

A pesquisa revelou que a maioria dos estudos foram feitos com usuários e são da região nordeste. Os que tratavam de médicos referiam-se a estrangeiros e poucos estudos com médicos brasileiros, supervisores e tutores. O PMM mudou a APS brasileira e se estabeleceu como um programa com boa aceitação pelos principais interessados.

Conclui-se, portanto, que as evidências qualitativas são fundamentais para orientar decisões baseadas em realidades complexas, especialmente no campo da saúde coletiva e nos territórios marcados por vulnerabilidades sociais. Seu reconhecimento e valorização são estratégicos para a produção de cuidado com justiça social.

REFERÊNCIAS

- (1) Kuhlmann E, Batenburg R, Wismar M, Dussault G, Maier CB, Glinos IA, et al. A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Heal Res Policy Syst*. 2018.
- (2) Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD; 2016.
- (3) Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Maas LW Der, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *Interface-Comun Saúde, Educ*. 2015;19(54):623-34.
- (4) Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 23 out. 2013.

PERCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE BUCAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS POR MÉDICOS RESIDENTES DE SERVIÇO AMBULATORIAL

Carolina dos Santos Furian¹

Mayla Thais Castellari

Michelli Carolliny de Oliveira

Lucas Marques Angelim

Vitor Rafael Gomes

Roberto Martins de Oliveira

Caio Vieira de Barros Arato

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são um problema de saúde pública global, afetando 300 milhões com Depressão, 60 milhões com Transtorno Bipolar e 23 milhões com Esquizofrenia e outras psicoses. [1] Além do impacto direto dos sintomas, há forte associação entre doenças mentais severas (DMS) e doenças cardiovasculares (DCV). A saúde bucal é crucial, pois condições como periodontite podem agravar DCV e descontrole glicêmico, além da associação entre má higiene bucal e pneumonia. [2] Pessoas com DMS têm mais problemas bucais devido a fatores como baixa percepção, fobia odontológica, acesso limitado aos serviços, efeitos colaterais de psicofármacos e desconhecimento dos profissionais de saúde. [3] No Brasil, pouco se discute sobre o cuidado odontológico a pacientes psiquiátricos hospitalizados, e a formação médica não enfatiza a saúde bucal. Logo, supõe-se também que o médico psiquiatra não atente para as condições bucais do paciente com transtorno mental durante as consultas. Assim, investir em estudos sobre o significado da saúde bucal para médicos residentes é importante para resgatar as barreiras encontradas no atendimento desses pacientes. Ao entendermos a concepção do médico sobre saúde bucal, sobre a boca e a bucalidade do paciente será possível desvendar significados contidos na interação médico-paciente, os quais podem ser norteadores de mudanças de conduta.

OBJETIVO

Explorar o significado e a prática ou não de orientações de saúde bucal por de psiquiatras residentes que atendem pacientes com transtorno mental severo no ambulatório de psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas.

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: C195466@dac.unicamp.br

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, realizada segundo a abordagem clínico-qualitativa, cujos pilares são a atitude clínica, psicanalítica e fenomenológica. A amostra foi intencional e sequencialmente composta por psiquiatras residentes que atendem pacientes com transtorno mental severo. Após convite presencial ou digital, os quatro primeiros sujeitos que aceitaram participar foram entrevistados presencialmente no início de 2020 em recinto privativo no ambulatório. Já os dois últimos foram entrevistados remotamente, via e-mail e Google Meet, pois essas entrevistas ocorreram no período de isolamento social imposto pela Pandemia de COVID-19. Aplicaram-se técnicas de entrevista semidirigida com questões abertas e em profundidade, além do Diário de Campo. Todas entrevistas foram audiogravadas e transcritas antes da análise. A delimitação do grupo foi feita por saturação teórica, ou seja, quando o pesquisador – validado por pares do grupo de pesquisa – percebeu que novas entrevistas se tornavam repetitivas.

RESULTADOS

Após a coleta e análise dos resultados, os relatos configuraram núcleos de sentidos, consolidando-se como duas categorias independentes. A primeira: “A prática clínica segue a lógica de construção das áreas paradigmáticas” revelou que a prática médica preocupa-se com a saúde geral do paciente, independentemente da especialidade. As condutas, muitas vezes, mesmo por especialistas, consideram outras áreas médicas, mas apenas dentro do mesmo paradigma. A falta de entendimento sobre especialidades e disciplinas no campo da saúde causa preconceito, desfavorecendo relações interdisciplinares, concentrando responsabilidades no médico e consolidando práticas influenciadas pela interface da área onde atua. “[...] porque eu fico sem saber, será que é só, porque na graduação tem pouquíssimo, quase nada de saúde bucal? Acho que eu tive uma ou duas aulas, talvez” (Relato 2).

A segunda categoria, “O Dentista não participa do conluio do anonimato”, mostra que cada área da saúde tem sua “tribo”, compartilhando casos internamente. Balint (2006) chamou isso de “conluio do anonimato”. Segundo Balint, [4] frequentemente os especialistas encaminham o paciente numa rede de especialistas, de modo que todos são médicos do paciente e nenhum deles é médico do paciente. Dentistas são excluídos desse conluio, pois não pertencem ao grupo dos médicos e não compartilham o mesmo paradigma. Isso não implica negligência médica, mas sim que os sintomas odontológicos só são considerados quando relacionados ao problema básico do especialista. A organização sociológica entre paradigmas determina essa dinâmica. E a gente acaba não sabendo muito como indicar ou o que fazer para falar sobre isso (sobre saúde bucal) (Relato 4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Com base nos resultados foi possível compreender representações simbólicas existentes na relação entre o residente de psiquiatria e o paciente com transtornos mentais severos no ambiente ambulatorial. Dessa forma, percebeu-se que o médico é bastante preocupado com a saúde geral e

também com a saúde bucal do paciente. Entretanto, fogem aos seus domínios—tanto ao perceptivo, quanto ao formativo e conceitual—a apropriação da saúde bucal do paciente enquanto conduta terapêutica, ainda que seja para os encaminhamentos em rede. Sugere-se que novos estudos sejam realizados no âmbito da formação médica, a fim de buscar as representações que se expressam também por educadores médicos formuladores de currículos, a fim de que se possa melhor compreender a lógica paradigmática e poder ofertar subsídios para maior aproximação dos médicos em formação com conteúdos da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- [1] Azarpazhooh A; Leake, J. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *Journal of Periodontol.* 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16945022/>
- [2] Lindhe, J; Lang, NP; Karring, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.* 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- [3] Clifton, A.; Tosh, G.; Khokhar, W.; Jones, H.; Nicola Wells, N. Oral Health Advice for People with Serious Mental Illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008802.pub2>
- [4] Balint, M. *O Médico, Seu Paciente e a Doença.* 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 2006.

PERFIL E DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DE FOZ DO IGUAÇU, PR

Giuliano Silveira Derrosso¹

Issac de Araujo Castro Vasconcelos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, pretende indagar *Qual é o perfil sociodemográfico dos profissionais de Saúde ACS?* Justificamos a importância deste estudo entendendo que o profissional ACS tem papel fundamental na constituição de um sistema de saúde que tem como porta de entrada a APS [1]. Esse papel foi levado ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) pela sua proximidade com a comunidade, assim, ele se torna o elo entre unidade de saúde e território, por entender a evolução da função é fundamental considerar os métodos de seleção, os processos de formação, incluindo os treinamentos iniciais e a educação continuada, além do sistema de supervisão implementado [2]. Ademais, será discutido sobre algumas das principais dificuldades encontradas por esses profissionais, relatadas por meio da experiência do autor no contato com os Agentes. Entendemos que essa compreensão pode ser útil como um panorama das especificidades desses trabalhadores na Atenção Primária em Saúde de Foz do Iguaçu. A falta de dados concretos sobre o perfil dos ACS pode comprometer o planejamento de ações, resultando em uma atuação menos eficaz na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Pesquisas de tipo descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis [3]. Assim, encorajamos com os dados aqui coletados a realização de novas pesquisas para a criação de possíveis causalidades e correlações.

OBJETIVO

Como objetivo, busca-se entender qual é o perfil dos profissionais ACS no município de Foz do Iguaçu. De forma complementar será proposta uma discussão acerca da formação educacional, identificando lacunas e oportunidades de aprimoramento, e investigar as condições sociais e profissionais, verificando como fatores externos impactam suas atividades.

METODOLOGIA

Como metodologia, promoveu-se a realização de uma pesquisa qualitativa conjugada com quantitativa. Uma revisão bibliográfica foi fundamental para a criação de um projeto apresentado à secretaria municipal contendo o questionário estruturado com todas as perguntas. A pesquisa foi realizada em 25 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) nos cinco distritos sanitários de Foz do Iguaçu entre dezembro de 2023 e julho de 2024. Como fator limitante da pesquisa, a amostragem empregada foi a por conveniência. A amostra, calculada com erro de 6%, totalizou 133 agentes comunitários de

1

Universidade Federal da Integração Latino-americana. E-mail: giuliano.derrosso@unila.edu.br

saúde foi originada da quantidade total de profissionais ACSs na cidade segundo a prefeitura (320 Agentes). Para a apresentação dos dados se utilizou de estatística descritiva

RESULTADOS

Os resultados revelam um perfil predominante de mulheres (88,72%), como historicamente ocorre com outros profissionais de saúde que trabalham diretamente com o cuidado [4]. A idade entre 40 e 50 anos (42,86%), sendo uma faixa etária maior do que de outros locais [5]. Com ensino superior completo (49,62%), somada a uma alta quantidade de cursos realizados para complementação da carga horária, com 90,23% dos ACS realizando ao menos 100 horas de atividades complementares nos 12 meses que antecederam a pesquisa, como obriga a legislação local [6]. Esses profissionais em sua maioria eram residentes em Foz do Iguaçu há mais de 20 anos (90,23%). A maioria se autodeclara de cor branca (56,39%), o que mostra uma proximidade com o perfil da própria cidade [7]. Observa-se que 69,92% residem na área de abrangência da UBS há mais de 20 anos, e 73,68% não residem na microárea de trabalho. A maioria atua como ACS há mais de 15 anos (39,85%), com 33,08% atuando entre 11 e 15 anos. Uma parcela (34,59%) exerce outro trabalho remunerado para complementar a renda. A participação em atividades religiosas é frequente (61,65%). Sobre alguns desafios claros dos Agentes Comunitários que ficaram expostos durante as conversas do pesquisador com os profissionais a falta desses e outros profissionais da Estratégia de Saúde da Família gera impacto na qualidade de vida dos agentes e por conseguinte uma perda na qualidade na assistência comprometendo o acompanhamento das famílias, a identificação de problemas de saúde e a promoção de ações preventivas. A ausência de um número adequado de ACS dificulta o acompanhamento das famílias, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, prejudicando os objetivos do SUS de universalidade e equidade no acesso aos serviços. Isso afeta diretamente a capacidade do SUS de promover a saúde e prevenir doenças, especialmente em comunidades vulneráveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O profissional de ACS Foz do Iguaçu tem alta escolaridade, grande tempo de serviço e forte ligação com a comunidade. A pesquisa ressalta a importância da valorização desses profissionais considerando os desafios enfrentados, como a sobrecarga de trabalho que causa o acúmulo de funções e a necessidade de complementação de renda, o que indica uma insuficiência da remuneração oferecida pelo SUS para garantir uma qualidade de vida adequada. Entendemos que a identificação desse perfil pode contribuir para a formulação de estratégias mais eficazes de recrutamento e retenção de ACSs, visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade. Sugerimos que os anseios da comunidade de Agentes Comunitários seja atendida, principalmente relacionadas aos quantitativos de profissionais nas equipes de atenção primária, o que deve ser fundamental para efetivar o papel de elo entre a comunidade e os serviços de saúde que é fundamental para o sucesso do ESF no SUS.

REFERÊNCIAS

- [1] Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; 2002.
- [2] Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface. 2002;6:75-83.
- [3] Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
- [4] Castro TA, Santos LM, Oliveira RC, Lima SO. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Cad Saúde Colet. 2017;25(3):294-301.
- [5] Foz do Iguaçu. Decreto nº 32.586, de 27 de maio de 2024. Regulamenta a Lei nº 5.397, de 5 de abril de 2024, que dispõe sobre a readequação da carga horária de trabalho dos servidores vinculados à Secretaria Municipal da Saúde e os empregados públicos da área da saúde, na forma que especifica, e estabelece o horário de expediente/atendimento e escalas de trabalho na Secretaria Municipal da Saúde–SMSA. Foz do Iguaçu: Prefeitura Municipal; 2024. Disponível em: <https://sapl.fozdoiguacu.pr.leg.br/norma/2116?display>
- [6] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.

PERSPECTIVA PARA A DECOLONIALIDADE DO SABER, NO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS DA PESCA ARTESANAL EM PERNAMBUCO

Mariana Gurbindo Flores¹

Bianca Cardoso Peixinho

Evelyn Siqueira da Silva

Mariana Olívia Santana dos Santos

Idê Gomes Dantas Gurgel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Curso de Aperfeiçoamento para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em territórios da Pesca Artesanal visa fortalecer a educação permanente dos profissionais nos serviços de saúde, é uma parceria entre Fiocruz/PE e Ministério da Pesca e Aquicultura. A proposta corrobora com a necessidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em ofertar serviços de qualidade que considerem as especificidades das populações das águas, como orienta a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (1), instituída pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro.

A proposta tem como uma de suas bases teóricas a descolonialidade, de matriz latino-americana, trata-se de uma crítica às estruturas de poder e do saber marcadas pelo eurocentrismo, propõe a valorização epistemológicas alternativas e a denúncia das continuidades coloniais no contexto pós-colonial e globalizado (2).

O curso considerou o contexto de vulnerabilidade socioambiental dos territórios trabalhados, bem como visa promover a organização das equipes de saúde para atuar nessas comunidades, partindo das necessidades e singularidades dos territórios. Esté, se ancora na perspectiva da Epidemiologia Crítica latino-americana, e tem como pressuposto a Determinação Social da Saúde. Portanto, entende a saúde como um processo complexo, multidimensional, dinâmico e contraditório (3).

OBJETIVO

Contribuir e fomentar a formação dos profissionais de saúde que atuam em territórios da pesca artesanal para o cuidado e atenção integral, no âmbito do SUS, da saúde dos povos das águas que sofrem processos de vulnerabilização socioambiental.

METODOLOGIA

O curso possui formato híbrido, com encontros presenciais, remotos, e atividades em ambiente virtual através do Ambiente de Ensino Aprendizagem(AVA). Com atividades teóricas e práticas,

1 Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: marianagurbindoflores@gmail.com

ancorando atividades teóricas e metodológicas na Educação Popular e Pedagogia da Alternância⁽⁴⁾, em um processo contínuo, amplo, permanente e sistemático de reflexão sobre a prática e busca de conhecimentos produzidos socialmente.

A partir de conexões fundamentais do ser humano, como a vida produtiva, a luta social, a organização coletiva, cultural e histórica, assume-se uma visão histórico materialista, onde é possível dialogar com as dimensões formativas, contemplando, o Tempo-Aula(TA), Tempo-Comunidade(TC), noite cultural e místicas. Estes, possibilitam a interação da estratégia formativa do curso com a prática na comunidade.

Foi realizado o primeiro encontro presencial de (três dias), faltam 5 encontros, divididos em quatro encontros remotos e o último encontro presencial, totalizando 78 horas teóricas e 80 horas práticas no território (divididas em dois TC). O acompanhamento dos educandos por tutores, garante, qualidade e funcionamento do curso e das atividades no AVA (totalizando 27 horas).

RESULTADOS

O curso já trabalhou temas relacionados à identidades, territórios e territorialidade dos povos das águas; determinação social da saúde dos(as) pescadores(as) artesanais; territorialização em saúde, interseccionalidade e saúde mental. A rica imersão nessas temáticas com discussão ampla entre gestores da APS, saúde do trabalhador e profissionais da APS demonstrou a potência de espaços como este na formação dos profissionais que trocam experiências e fortalecem o saber com as evidências mais recentes do campo acadêmico.

A transversalidade das discussões acerca do eixo saúde, ambiente e trabalho foi construída ao longo de todo o processo de aprendizagem. A importância dos temas ambiente e trabalho ancoram o curso, se deram pela importância que a territorialidade apresenta no processo de saúde dessa população.

O curso apesar de ter apenas iniciado já demonstra uma grande potência para o fortalecimento da PNSIPCFA, ao ter sido estruturado pela Fiocruz/PE e Ministério da Pesca e Aquicultura que trabalham com a pesquisa-ação junto a população pesqueira a mais de 10 anos, apresenta um aprofundamento nas temáticas acadêmicas ancoradas na Educação Popular em Saúde, na Vigilância Popular em Saúde o que traz dinamismo e aproxima as atividades tanto teóricas como práticas da realidade dos pescadores(as).

É importante ressaltar que o curso foi estruturado logo após atividades de formação de Agentes Populares de Saúde dos Povos das Águas, esse encadeamento não é por acaso, tem a intencionalidade de fortalecer tanto a população como os profissionais que convivem no mesmo espaço físico. Esse olhar para os dois atores em tela, pescadores(as) e profissionais de saúde de territórios das águas visa a transformação real de políticas públicas como a PNSIPCFA.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A importância da base teórica deste projeto, em destaque a perspectiva do movimento emancipatório da Epidemiologia Crítica latino-americana, que traz na discussão uma ruptura de paradigmas da dicotomia de causa e efeito sobre a saúde, de modelos hegemônicos biomédicos (1).

A compreensão das contribuições da Educação Permanente em Saúde, no cuidado integral à saúde das populações das águas, no âmbito da APS, torna-se um pilar fundamental para a construção do SUS de qualidade. A partir desses espaços são fortalecidos os olhares e conexões entre realidades diferentes do profissional de saúde e do profissional da pesca artesanal.

Outro aspecto a se destacar é o ineditismo do curso e a atuação interministerial com entes ligados ao Ministério da Saúde e Ministério da Pesca, importante aspecto para fortalecer a proposta e atuação conjunta de entes governamentais. Portanto, garantindo o direito à saúde, respeitando a diversidade cultural, social e religiosa das populações das águas.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. ANEXO XX–Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA). Brasília, DF: 2017.
- (2) Maldonado-Torres N. Analítica da colonialidade: algumas dimensões básicas. In: Bernardino-Costa J, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R, organizadores. Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019.
- (3) Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Sal Pub. 2013; 31(1):13-27.
- (4) Ribeiro M. Pedagogia da alternância na educação rural/do campo: projetos em disputa. Educ Pesqui [Internet]. 2008jan;34(1):27–45. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022008000100003>.

PLANEJAMENTO MACRORREGIONAL EM SAÚDE E EQUIDADES: QUAIS AS INTERSECÇÕES EXISTENTES?

Graziele Martins Corrêa¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na regionalização como estratégia de reordenamento das políticas de saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹, a organização proposta teve como finalidade integrar o planejamento e execução de ações e serviços de saúde de forma locorregional. A regionalização em saúde é pensada como uma estratégia de organização do sistema de saúde para diminuir as disparidades no acesso, se destaca a articulação entre os diferentes níveis de atenção e integração com políticas sociais e econômicas considerando um modelo guiado para a equidade regional.²

O Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de macrorregiões de saúde, no estado do Rio Grande do Sul é conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde, de forma articulada com os municípios e a União. As macrorregiões do estado do RS são: Metropolitana, Serra, Vales, Centro-Oeste, Sul, Norte e Missioneira, são compostas por uma ou mais redes de atenção à saúde e seus municípios, tem como objetivo assegurar organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar.³

O PRI no RS incluiu 30 diagnósticos regionais de saúde, baseados na análise da RAS e pactuados em CIR, além de sete planos macrorregionais.

OBJETIVO

A política de equidades do estado do RS tem como objetivo a promoção de equidade no acesso e atenção à saúde de populações específicas estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização dos serviços de saúde para a organização e orientação na Rede de Atenção à Saúde (RAS).⁴ O objetivo deste estudo é explorar os planos macrorregionais do estado do RS para identificar como as políticas de equidades estão previstas nos documentos.

METODOLOGIA

Os Planos de Saúde Macrorregionais do Rio Grande do Sul foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, que se organiza em três etapas. A primeira, chamada pré-análise, envolve a organização dos dados e a leitura flutuante do material. Na segunda, realiza-se a leitura aprofundada, com recortes do texto e categorização conforme critérios definidos. Por fim, na terceira etapa, os dados são interpretados e articulados com a literatura.

1

Secretaria Estadual de Saúde. E-mail: grazielemartinsscorrea@gmail.com

Durante a pré-análise, os planos foram lidos integralmente e buscaram-se os termos: “saúde da população negra”; “LGBTQIAPN+”; “população em situação de rua”; “população privada de liberdade”; “população indígena”; “imigrantes, refugiados e fronteiriços”; “população do campo”; “apátridas”; “pessoas vítimas do tráfico de pessoas” e “povo cigano”. Os achados foram organizados em categorias correspondentes às populações vulnerabilizadas e analisaram-se as ações em saúde previstas para cada grupo.

RESULTADOS

Após a análise dos sete Planos Macrorregionais de Saúde, observou-se que apenas as macrorregiões Centro-Oeste, Serra e Sul contemplaram a população LGBTQIAPN+ em seus planejamentos. Foram mencionadas, principalmente, dificuldades de acesso ao processo transexualizador e a escassez de informações sistematizadas sobre a saúde dessa população.

No que se refere à população negra, as macrorregiões Centro-Oeste, Missioneira, Serra e Sul identificaram, em seus documentos, desafios relacionados ao acesso, à identificação de comunidades remanescentes de quilombos e à transferência de recursos específicos.

Quanto à população privada de liberdade, as mesmas macrorregiões relataram desde a presença de Equipes de Atenção Primária Prisional (EaPP) até a existência de municípios que ainda aguardam a habilitação dessas equipes.

Em relação à população indígena, as macrorregiões Missioneira, Serra e Sul mencionaram a presença de comunidades em seus territórios e as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde. A população em situação de rua foi citada apenas na macrorregião Centro-Oeste.

Já as populações de imigrantes, refugiados e fronteiriços, do campo, apátridas, vítimas do tráfico de pessoas e povo cigano não foram contempladas em nenhuma análise situacional, planejamento de ações em saúde ou estratégia de financiamento voltada às suas especificidades.

Ressalta-se que, apesar de algumas populações vulnerabilizadas aparecerem nos documentos, são apenas identificadas certas necessidades pontuais, sem o desenvolvimento de planos específicos para o atendimento em saúde dessas populações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O processo do PRI no Rio Grande do Sul tem avançado e se consolidado como espaço de cooperação entre as gestões municipal e estadual. As macrorregiões Centro-Oeste, Missioneira, Serra e Sul demonstram maior progresso quanto à incorporação da equidade em seus planejamentos, embora ainda enfrentem fragilidades. As demais regiões requerem maior atenção e avanços para assegurar um atendimento integral e equânime à população.

Observa-se que os planejamentos atuais não contemplam plenamente a complexidade da gestão em saúde com foco na universalidade, equidade e pluralidade dos usuários do SUS. Espera-se que os

resultados deste estudo contribuam para o aprimoramento da gestão das macrorregiões, especialmente na construção de planos de saúde que considerem as especificidades e necessidades das populações em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) 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, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- (2) GADELHA CAG et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(6):3003-3016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hTdFK5rwXnwzQFNDSpCSvdC/?format=pdf&lang=pt>.
- (3) Rio Grande Do Sul. Secretaria da Saúde. Planejamento Regional Integrado. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/ageplan-pr>.
- (4) Rio Grande Do Sul. Secretaria da Saúde. Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>.
- (5) Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Revista Eletrônica de Educação. 2021;6(1):383-387. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br>.

PLANOS TERAPÊUTICOS SINGULARES NA APS: ACESSIBILIDADE E DESAFIOS NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Bruno de Carvalho Leite Filho¹

Daniel Martins Barros

Idanyna de Nazaré Silva Malizia

Maria Araújo Marques

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde pública criado pelo governo que visa a promoção da saúde no território brasileiro, nesse sentido a Atenção Primária à Saúde (APS) é como a porta de entrada para os demais serviços ofertados pelo SUS, sendo essencial para a melhora da qualidade de vida da população e a garantia da aplicação de tratamentos (Pinto et al., 2020).

Sob esse viés, o contato com indivíduos ímpares de maneira contínua faz com que exista uma necessidade de que os profissionais médicos adotem um tratamento individualizado para as necessidades da pessoa, com isso, o princípio da Equidade é levado em consideração justamente por buscar a igualdade aplicada de acordo com as necessidades pessoais, sobretudo nesse documento, a aqueles que se encontram à margem da sociedade, como pessoas em situação de rua, em sofrimento psíquico, dependentes químicos, e entre outros grupos que enfrentam, muitas vezes, uma história de exclusão social na sociedade (Ferreira Mg et al., 2022).

Portanto, compreende-se que a aplicação de planos terapêuticos singulares para grupos marginalizados enfrentam inúmeros desafios, incluindo obstáculos culturais, linguísticos e econômicos ampliando a necessidade de um atendimento biopsicossocial, centrado na pessoa que promova maior confiança do paciente para com os profissionais. (Silva J et al., 2021).

OBJETIVO

O principal objetivo desse documento é resumir e comentar a efetividade dos planos terapêuticos na APS para pessoas em situação de vulnerabilidade, que está diretamente ligado com a capacidade de adaptação dos serviços às individualidades socioculturais da população assistida, ressaltando a importância do modelo biopsicossocial e a aplicação desse serviço baseada nas referências que foram utilizados neste resumo.

METODOLOGIA

No resumo foi feita uma pesquisa de abordagem qualitativa com base numa revisão de 4 artigos científicos buscados nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico, os artigos selecionados

1 Centro Universitário da Amazônia. E-mail: bclf13@gmail.com

estavam tanto em inglês quanto em português e foram considerados os textos publicados a partir de 2020, para que os dados contidos fossem atuais e coerentes.

O critério de escolha foi baseado nos que ressaltam a aplicação dos Planos Terapêuticos Singulares na APS especificamente para populações em situações de vulnerabilidade e que explicassem o tema com clareza e objetividade, além de textos que ressaltam a importância do SUS e da APS.

Adicionalmente, os documentos foram escolhidos baseados nos assuntos dissertados, os quais foram escolhidos aqueles que deram enfoque em aspectos relacionados à abordagem biopsicossocial no cuidado, reconhecendo a importância da personalização do cuidado, e que levavam em consideração as diferenças das populações citadas, bem como a eficiência da aplicação dos planos. Assim, a escolha se baseou na necessidade que fora estabelecida para elaboração do trabalho.

RESULTADOS

O Plano Terapêutico Singular é uma ferramenta de intervenção que se torna essencial na Atenção Primária à Saúde (APS), ressaltando-se o tratamento de pessoas excluídas na sociedade. Essa estratégia da APS visa reforçar a integralidade da pessoa, combinando os aspectos clínicos com os psicossociais. Entretanto, tal maneira de cuidado necessita de profissionais capacitados, capazes de realizar a escuta ativa e adaptar o tratamento para a necessidade daquele que necessita de ajuda (Silva et al., 2021).

Nesse viés, analisa-se que há relatos de experiências que ressaltam que, mesmo com as limitações da APS, é possível aplicar os Planos Terapêuticos Singulares com compromisso e criatividade, fortalecendo laços com os pacientes e promovendo autonomia do cuidado. Como na área da saúde mental, o uso do PTS auxilia a conseguirem a adesão do tratamento, além de contribuir para a redução de internações e uso de medicamentos, mostrando-se uma poderosa estratégia para profissionais, portanto, o uso dessas estratégias pela APS reduz a sobrecarga de outros níveis de saúde e auxiliam no bem-estar do paciente (Zubiaurre et al., 2023).

Dessa forma, a utilização dos PTS (Plano terapêutico Singular) torna-se uma opção aos profissionais da saúde da APS que buscam a melhoria no bem-estar da população marginalizada, visto que, atende o paciente entendendo suas limitações e dificuldades, para, assim, poder oferecer o melhor tratamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Portanto, para que os Planos Terapêuticos Singulares na APS sejam garantidos à população em vulnerabilidade, é fundamental que políticas públicas levem em consideração desigualdades territoriais e promovam ações em saúde de forma igualitária no território nacional, assim a APS cumprirá seu papel de forma ordenada no cuidado, atuando de forma eficiente para todos os brasileiros. (Pinto et al., 2020).

Além de que, os profissionais deverão buscar a utilização de metodologias diferenciadas para atender os pacientes da melhor forma, com a divisão do cuidado com a equipe multidisciplinar, além de adotar a prática de cuidados especiais de acordo com as necessidades pessoais para que o PTS possa ser instalado da melhor forma.

A partir dessas premissas e objetivos específicos, a APS é capaz de trilhar um processo de grande progresso no tratamento diferenciado às populações marginalizadas, mitigando os efeitos sofridos por esses grupos.

REFERÊNCIAS

- 1 Pinto LF; Soranz D; Ponka D; Pisco LA; Hartz ZM. 40 years of Alma-Ata: Challenges of Primary Health Care in Brazil and in the World. 40 anos de Alma-Ata: desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo. Cien Saude Colet. 2020;25(4):1178. doi:10.1590/1413-81232020254.01012020
- 2 Ferreira MG. et al. Singular Therapeutic Project in the management of complex cases: experience report in PEW-Health Interprofessionality. Rev. bras. educ. med. 46 (01) • 2022 • doi: 10.1590/1981-5271v46.1-20210260.ING
- 3 Silva J; Souza M; Oliveira L. Relato de experiência: desenvolvimento de um projeto terapêutico e singular na atenção primária. Rev Delos [Internet]. 2021 [citado 14 abr. 2025];8(2):e3750.
- 4 Zubiaurre PM. et al. O desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular na saúde mental: revisão integrativa. Arq Ciênc Saúde UNIPAR [Internet]. 2023 [citado 2025 abr 14];27(6):2788–2804.

PNPIC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POTENCIAL PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO ACESSO

Isabela Cavalcante de Negreiros¹

Gabriel Costa Gomides

Letícia Gonçalves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são estratégias terapêuticas que permitem uma abordagem integral do indivíduo e estimulam a recuperação por meio de mecanismos naturais, aprofundando-se para além da medicina convencional. Dentre elas, pode-se citar: acupuntura, aromaterapia, arteterapia, biodança, fitoterapia, homeopatia, meditação e musicoterapia (1). Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde tem incentivado a implantação das terapias complementares, as quais foram institucionalizadas no Brasil em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Dentre as diretrizes da política, há a consolidação das PICs no Sistema Único de Saúde (SUS), dando ênfase ao ambiente da atenção primária, permitindo ampliação do acesso aos serviços de saúde. Os objetivos da PNPIC comunicam-se com os princípios do SUS, que são: equidade, integralidade e universalidade. Dessa forma, as PICs na Atenção Primária à Saúde (APS) atendem a

necessidades de saúde que não são plenamente abordadas pelos tratamentos convencionais, contribuindo para uma maior equidade ao oferecer opções terapêuticas que se adequam melhor às diferentes demandas dos usuários, transcendendo a prática curativa e permitindo um tratamento completo do indivíduo (2).

OBJETIVO

Analisar a contribuição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na Atenção Primária à Saúde (APS) para a equidade no acesso à saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa de literatura realizada por meio da pesquisa nos bancos de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Após a criação da pergunta norteadora “Como a PNPIC na Atenção Primária contribui para a equidade no acesso à saúde?”, elaboraram-se os seguintes descritores: “(Práticas Integrativas e Complementares OR PICs) AND (Atenção Primária à Saúde OR APS) AND (Equidade OR Acesso)”, utilizados para pesquisa na BVS, resultando em 45 artigos que corresponderam aos critérios de inclusão. O número de artigos foi reduzido para 18 após a seleção por título que se correlacionaram

1

Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: isabelacnegreiros@gmail.com

com a pergunta norteadora. Desses, foram selecionados 10 após a leitura dos resumos e verificação dos artigos que se adequaram aos critérios de exclusão. Foram escolhidos os 4 artigos mais adequados para responder a pergunta norteadora.

Critérios de inclusão: artigos publicados em inglês, português ou espanhol no período de 2015 a 2025, que abordassem a temática das PICs na APS.

Critérios de exclusão: guidelines, teses, dissertações e artigos duplicados.

RESULTADOS

Uma revisão de literatura destacou que apesar da PNPIC, as PICs ainda são amplamente desconhecidas tanto pelos usuários quanto pelos profissionais do sistema de saúde brasileiro (2). Um estudo constatou que em municípios brasileiros em que as PICs foram implementadas há pelo menos 5 anos, a demanda por acesso às práticas se assemelha às demandas convencionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (3).

A realidade brasileira ainda carece de estudos que detalham o perfil demográfico com acesso às PICs, mas a baixa resolutividade dos tratamentos convencionais constitui um determinante para a busca pelas PICs (2), o acesso se dá predominantemente pelo SUS por meio da APS (3). Todavia, certas modalidades de PICs, como a acupuntura, são acessadas pelos usuários predominantemente após inserção na atenção secundária, evidenciando limitações no acesso pela APS (2).

Uma pesquisa descritiva registrou que, em um município com alta cobertura de atenção básica (91,57%), 88,7% dos profissionais oferecem PICs aos usuários, enquanto 82,2% relataram acesso a capacitações pela gestão municipal (1). Complementarmente, um estudo retrospectivo demonstrou que o percentual de equipes que disponibilizam PICs aumentou de 13,3% para 34,3% entre 2012 e 2018, com destaque para a região

Sudeste (18,7% para 41,5%) e municípios com mais de 100 mil habitantes (23,8% para 48,6%) (4). Esse avanço pode ser explicado pelo incremento de centros formadores em PICS e à Educação Permanente em Saúde (EPS), que sugerem a formação de profissionais híbridos em PICs como um modelo promissor para a sua disseminação (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A análise da literatura evidencia que a PNPIC na APS contribui para a equidade no acesso ao ampliar opções terapêuticas no SUS, especialmente oferecendo alternativas para demandas não plenamente atendidas pelos tratamentos convencionais. Todavia, a equidade no acesso ainda enfrenta desafios estruturais e institucionais. Embora a oferta das PICs pelo SUS possa reduzir barreiras socioeconômicas, a baixa divulgação das PICs entre usuários e profissionais e a necessidade de maior capacitação profissional para implementação efetiva podem limitar o seu acesso.

A ESF mostra-se fundamental para a disseminação das PICs, permitindo maior capilaridade e atingindo populações vulneráveis, reduzindo encaminhamentos desnecessários para a atenção

secundária. O investimento em EPS para a capacitação dos profissionais da APS em PICs mostra-se fulcral para potencializar o seu papel na equidade e para a ampliação do acesso a esses serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Ferreira BWRC, Forte FDS, Júnior ARF, Oliveira FP de. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em uma capital do nordeste brasileiro. *Saúde Debate*. 2024;48(143).
- (2) Ruela, LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(11):4239–50
- (3) Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1)
- (4) Souza ANA, Shimizu HE. Integrality and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018). *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200500.

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: AS DELIBERAÇÕES DO CNAS FRENTE ÀS CONTRADIÇÕES DO GOVERNO JAIR BOLSONARO (2019–2022)

Ana Lilian Alves de Lima¹

Miriam de Souza Leão Albuquerque

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A questão das Comunidades Terapêuticas (CTs) no âmbito da Política de Assistência Social no Brasil tornou-se objeto de debates nos últimos anos, especialmente durante o governo de Jair Bolsonaro (2019–2022), quando se intensificou o financiamento público a essas instituições. Este artigo analisou atas do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) entre 2019 e 2022, com o objetivo de compreender como se expressaram, nesse espaço deliberativo, as tensões entre a priorização das CTs e a defesa de políticas públicas intersetoriais, universais e laicas. A metodologia adotada foi a análise documental, orientada pelo materialismo histórico-dialético. Os resultados evidenciaram o posicionamento crítico do CNAS frente à ausência de critérios de controle, fiscalização e alinhamento das CTs às normativas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da Política Nacional de Saúde Mental. Constataram-se retrocessos na garantia de direitos, como o desfinanciamento de serviços públicos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o repasse ampliado a entidades privadas, muitas vezes associadas a práticas religiosas e violadoras de direitos humanos. Conclui-se que a priorização das CTs produziu efeitos nocivos à saúde coletiva, reforçando uma lógica de exclusão e institucionalização, incompatível com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da assistência social como direito.

OBJETIVO

Este resumo tem como objetivo discutir as análises realizadas a partir das atas do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) sobre as comunidades terapêuticas entre 2019 e 2022, buscando compreender as contradições entre as políticas de assistência social e saúde mental e as Comunidades Terapêuticas.

METODOLOGIA

O estudo foi conduzido por meio de uma pesquisa qualitativa, buscando compreender como as disputas em torno do financiamento das comunidades terapêuticas (CTs) foram expressas nas atas do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) durante o governo de Jair Bolsonaro (2019–2022). Foi feita a análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CNAS,

1 Universidade de Brasília. E-mail: analilian777@gmail.com

considerando como critério de seleção a menção direta às CTs e aos debates relacionados à sua presença na Política de Assistência Social. A análise foi orientada pelos fundamentos do materialismo histórico-dialético. A análise das atas possibilitou evidenciar tensões entre o avanço das CTs e os princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e da Reforma Psiquiátrica, além de trazer elementos que reforçam a importância do controle social e da defesa de políticas públicas universais, laicas e baseadas nos direitos humanos.

RESULTADOS

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), instância deliberativa do SUAS, tem papel essencial na formulação, monitoramento e controle das políticas públicas de assistência social, assegurando a participação democrática de representantes do governo e da sociedade civil. Entre 2019 e 2022, as atas do CNAS demonstraram que o Conselho questionou a destinação de recursos públicos às comunidades terapêuticas (CTs), problematizando sua compatibilidade com os princípios da assistência social e sua relação com a política de saúde mental. As CTs passaram a ocupar espaço no debate por seu crescimento na política pública, mas enfrentam críticas por violações de direitos humanos, como coerção religiosa, restrição de liberdade e acolhimento precário [1]. O governo firmou contratos com 216 CTs sem licitação, ampliando em 65% as vagas financiadas e injetando R\$ 60 milhões anuais no orçamento dessas entidades [2]. Ao mesmo tempo, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), houve redução nos investimentos em políticas públicas de enfrentamento às drogas, afetando serviços como CAPS e RAPS [3]. As atas analisadas revelam que o CNAS expressou preocupações com a ausência de critérios de controle, fiscalização e transparência no repasse de recursos às CTs, ressaltando que a assistência social deve assegurar serviços laicos e universais. Também foram registradas críticas à priorização das CTs em detrimento da rede pública de atenção, caracterizando um retrocesso nos direitos de usuários da assistência social e da saúde mental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados dessa pesquisa reforçam a importância de políticas públicas baseadas na universalidade, na intersetorialidade e estruturadas. As comunidades terapêuticas, ao operarem sob lógica privatista e, em muitos casos, sem fiscalização adequada, colocam em risco a efetivação dos direitos sociais e a garantia de um atendimento digno às pessoas em situação de vulnerabilidade. O fortalecimento da política pública deve ser a prioridade para assegurar que os recursos destinados à assistência social sejam aplicados de forma transparente e alinhada aos princípios democráticos e de direitos humanos.

Diante desse contexto, recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a análise sobre os impactos da destinação de recursos para comunidades terapêuticas na política de assistência social, além disso, é fundamental que a fiscalização dessas instituições seja aprimorada, garantindo que sua atuação esteja alinhada às normativas de proteção aos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- [1] Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>.
- [2] Ilha F. Drogas: internação compulsória é uma epidemia que dá lucro. Extra Classe. 9 julho 2019. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/saude/2019/07/drogas-internacao-compulsoria-e-umaepidemia-que-da-lucro/>.
- [3] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Levantamento sobre o investimento em CTs. 13 maio 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=37.

POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO RIO GRANDE DO SUL: CONSTRUÇÃO ESTRATÉGICA E PERSPECTIVAS INOVADORAS

Adernanda De Rocco Guimarães¹

Agnes Nogueira Gossenheimer

Aline Barreto de Almeida Nordi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Para fortalecer a Assistência Farmacêutica (AF) no SUS, foi realizada em 2003, a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) [1] reunindo diversos segmentos da sociedade. Foi a primeira conferência dedicada exclusivamente ao tema, com foco em acesso, qualidade, humanização e controle social. A CNMAF foi base para a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada em 2004.

Integrada à Política Nacional de Saúde, a PNAF [2] orienta ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de influenciar o desenvolvimento de políticas relacionadas, como as de medicamentos, ciência e tecnologia. Apesar dos avanços, ainda há desafios na implementação das políticas de AF diante da diversidade do território brasileiro. No RS, a 8ª Conferência Estadual de Saúde (2019) definiu como diretriz o fortalecimento da AF do RS, sendo que posteriormente a construção e publicação de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF) foi uma meta incorporada ao Plano Estadual de Saúde 2020-2023[3] pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

Em 2022, o Decreto nº 56.626 instituiu a PEA/R, fruto de um processo intenso e desafiador.

OBJETIVO

O objetivo desta escrita é apresentar o processo de elaboração da PEA/R no RS, liderado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DEAF) da SES/RS destacando as alternativas metodológicas adotadas ao longo desse percurso. Visa também servir como uma ferramenta de apoio, compartilhando experiências com gestores e trabalhadores de saúde que desejam desenvolver novas políticas específicas, especialmente no campo da AF.

METODOLOGIA

Esta pesquisa adota abordagem qualitativa, explorando significados, motivações, valores e atitudes que refletem relações e processos sociais. Utiliza a Sistematização de Experiências proposta por Oscar Jara Holliday[4], que permite interpretação crítica do vivido e organização do conhecimento a partir da prática concreta.

1

Universidade Federal de São Carlos. E-mail: adernandaguimaraes@gmail.com

A sistematização valoriza o registro da experiência sob diferentes perspectivas, articulando esses olhares à análise teórica. O modelo metodológico proposto compreende cinco etapas (“tempos”), das quais este trabalho contempla três: (1) o ponto de partida; (2) as perguntas iniciais; e (3) a recuperação do processo vivido.

Os dados, desta escrita, foram construídos com base em pesquisa documental [5], que compõem o ponto de partida, correspondente ao período entre 2019 e 2022, incluindo relatos, anotações, fotos, reportagens, planilhas, atas e apresentações. A análise foi feita em três etapas: seleção e classificação dos documentos; leitura preliminar e exaustiva; e análise crítico-reflexiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSCar (nº 70933423.3.0000.5504).

RESULTADOS

Inicialmente a equipe técnica do DEAF realizou um levantamento nacional, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que revelou que poucos estados tinham políticas específicas de AF instituídas. Em 2022, foi realizado um diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica nos municípios gaúchos, com a participação de 283 gestores municipais, cujas respostas forneceram subsídios fundamentais para o processo de construção da política. Em função da pandemia de COVID-19, a metodologia foi adaptada para contemplar uma Consulta Pública virtual, que recebeu 791 propostas de diretrizes enviadas por 102 participantes, representando todas as macrorregiões do estado.

As contribuições concentraram-se em temas críticos para a AF no Rio Grande do Sul, como “Acesso a medicamentos e fórmulas nutricionais”, “Judicialização” e “Uso Racional de Medicamentos (URM)”. A partir dessas propostas, uma oficina presencial foi realizada, resultando na validação e aprovação de 94 diretrizes, que passaram a compor a base para a elaboração de planos, projetos e ações no âmbito estadual.

Como resultado desse processo participativo e técnico, a PEAf/RS foi instituída oficialmente por meio do Decreto Estadual nº 56.626, de 2022.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A PEAf/RS foi construída com uma metodologia participativa e inovadora, enfrentando desafios com um olhar ampliado sobre a AF. Esse processo representa um avanço para o SUS no RS, ao propor diretrizes voltadas às reais necessidades da população quanto ao acesso a medicamentos. A origem no controle social, aliada ao compromisso da gestão e equipe técnica do DEAF/SES-RS, permitiu uma construção dialógica e democrática.

A publicação do documento contribui para evitar a descontinuidade administrativa, ao viabilizar o acompanhamento pelas instâncias de controle social e órgãos de fiscalização. Além disso, favorece a otimização dos recursos, ao orientar o planejamento de ações. Em um país de dimensões

continentais, a formulação de políticas estaduais e municipais de AF fortalece a regionalização do SUS e a efetiva implementação da PNAF, promovendo articulação entre gestão, trabalhadores e sociedade.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2025 abr 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf
- [2] Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 2004 maio 20 [citado 2025 abr 15]; Seção 1:52.
- [3] Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. PES: 2020–2023 [Internet]. Porto Alegre: SES; 2020 [citado 2025 abr 14]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202401/15131540-pes-2020-2023.pdf>
- [4] Jara HO. Para sistematizar experiências. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2012
- [5] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DE PESSOAS QUE GESTAM E PUÉRPERAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTORICIDADE, LIMITES E POTENCIALIDADES NA CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL E DECOLONIAL

Luana Daros Avanza¹

Beatriz Meneguelli Zanotti

João Vitor Schirmer Caliman

Maria Fernanda Monteiro da Conceição

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O cuidado de pessoas que gestam e puérperas na Atenção Primária à Saúde (APS) é atravessado por disputas históricas em torno dos sentidos da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos e da construção das políticas públicas no Brasil. [1] Desde a criação do SUS, diversas estratégias vêm sendo desenvolvidas para qualificar o cuidado no ciclo gravídico-puerperal, buscando superar práticas biomédicas e fragmentadas.

Nesse processo, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que ampliou o olhar sobre as necessidades das mulheres para além do ciclo reprodutivo, e a Linha de Cuidado Materno-Infantil, que orientou os fluxos no território. [2] A Rede Cegonha consolidou-se como uma das principais estratégias para reorganização do cuidado, estruturando um modelo de rede regionalizada, centrada na humanização do parto e nascimento e no fortalecimento da APS. [3]

Mais recentemente, a proposta da Rede Alyne emerge como atualização desse movimento, tendo como marco ético-político a defesa da vida diante dos altos índices de mortalidade materna. [4] A trajetória dessas políticas evidencia seu caráter dinâmico e disputado, e convoca à construção de práticas integrais, territoriais e decoloniais na APS.

OBJETIVO

Analisar a historicidade das políticas públicas destinadas ao cuidado de pessoas que gestam e puérperas no Brasil, destacando limites e potencialidades para a construção de práticas de cuidado integral, ético-político e decolonial na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica narrativa, realizada nas bases SciELO, LILACS e Google Acadêmico, utilizando os descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “Gestantes”, “Puérperas”, “Políticas Públicas”, “Cuidado Integral” e “Rede de Atenção”. Foram selecionados artigos publicados entre 2004 e 2024,

1 Universidade Vila Velha. E-mail: luanadavanza@gmail.com

além de documentos normativos e institucionais do Ministério da Saúde [2] [3] [4], que abordassem práticas de cuidado, organização das redes de atenção e desafios na efetivação das políticas públicas.

RESULTADOS

Os resultados apontam à construção histórica das redes de cuidado materno-infantil, representando avanços importantes na estruturação das políticas públicas, mas também revelando limites importantes. A Rede Cegonha possibilitou a ampliação da assistência pré-natal e do acesso aos serviços, ainda que marcada por práticas medicalizantes e pela invisibilidade do puerpério e das dimensões psicossociais do cuidado. [3]

O surgimento da Rede Alyne representa um movimento de retomada e atualização do compromisso com a saúde da pessoa que gesta, destacando a centralidade da equidade, do enfrentamento ao racismo obstétrico e da valorização dos saberes populares. [4] Experiências exitosas na APS reforçam a importância da atenção domiciliar, dos grupos de cuidado, do fortalecimento dos vínculos e da articulação intersetorial como estratégias potentes para dar concretude a um cuidado integral e decolonial. [5]

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A efetividade das políticas públicas voltadas às pessoas que gestam e puérperas na APS exige não apenas a existência de normas e diretrizes, mas um permanente esforço de disputa do sentido do cuidado nos territórios. O fortalecimento das redes de atenção — da Política Nacional de Saúde da Mulher à Rede Alyne — revela a potência das práticas interdisciplinares, da escuta sensível, da educação popular em saúde e da articulação com as redes sociais e comunitárias. Avançar a perspectiva de um cuidado ético-político e decolonial é condição fundamental para garantir o direito à saúde e à vida dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

- [1] Vieira MS, Santos Neto ET, Oliveira GMC, Mendes ACG. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016;16(3):301-10.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: uma rede de cuidados para a saúde das mulheres e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Institui a Rede Alyne no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
- [5] Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Machado ALG, Lima AMM, Tavares TS. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(11):4371-82.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ACESSO E BARREIRAS AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL - PRIMEIRAS OBSERVAÇÕES EM CAMPO

Carlos Inácio Andrade¹

Hebert Geraldo de Souza

Leonardo Torres Vasconcelos

Maria da Ajuda Luiz dos Santos

Andreia Devislanne Ribeiro

Carlos Eduardo Menezes Amaral

Kênia Lara Silva

Alzira de Oliveira Jorge

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este relato de experiência descreve as primeiras observações feitas em campo sobre as barreiras e o acesso ao cuidado em saúde mental da população em situação de rua nos serviços de saúde mental componentes do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais. A pesquisa, de nível nacional, tem seu recorte belorizontino conduzido pelo Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Para tanto, a compreensão das dinâmicas dos serviços da rede socioassistencial e de saúde, bem como dos territórios aos quais essa população está vinculada, é fundamental para identificar suas necessidades nos equipamentos de saúde. Segundo dados do Cadastro Único (1), Belo Horizonte está entre as dez capitais com maior número de pessoas vivendo nas ruas, com uma estimativa nacional de, aproximadamente, 236.400 indivíduos. Diante desse cenário, e em consonância com os objetivos do Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (2), o estudo já realizou a seleção dos equipamentos a serem mapeados. A aproximação inicial dos pesquisadores com os campos de atuação já ocorreu por meio de visitas observacionais em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede Socioassistencial, permitindo diálogos e vinculação com os “usuários-guias” e “trabalhadores-guias” (3).

OBJETIVO

Mapear e analisar, por meio dos usuários-guias e trabalhadores-guias, os acessos e barreiras ao cuidado da população em situação de rua, considerando suas complexidades e a continuidade da atenção nos territórios de Belo Horizonte, Minas Gerais. A pesquisa busca investigar como o cuidado se constitui no encontro entre profissionais e usuários dos serviços, espaço onde diferentes saberes, tecnologias e interesses se cruzam na produção do cuidado (3).

1 Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: odontocarlos@ufmg.br

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo, com abordagem cartográfica, por meio de entrevistas em profundidade com usuários-guias e trabalhadores-guias, observação participante e da escrita de diários cartográficos (4). Para tanto, os pesquisadores adentram o campo para acessar as dimensões relacionais do trabalho vivo em saúde, em sua micropolítica (3,5), onde os atores envolvidos são formuladores, pesquisadores e produtores de conhecimento no campo da pesquisa. Segundo Gomes & Merhy (3), o pesquisador *in-mundo* rompe com o olhar externo e neutro, com a distância tradicional entre pesquisador e campo, e se envolve ativamente nas práticas cotidianas, construindo conhecimento em diálogo e implicação com os sujeitos pesquisadores. O mapeamento e a análise das barreiras e acessos estão em andamento nos diversos observatórios de políticas públicas e cuidado em saúde do país. Em Belo Horizonte, o estudo articula-se com as Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social (SMSA e SMASAC), viabilizando a entrada nos equipamentos selecionados para a produção de dados.

RESULTADOS

Nos primeiros contatos com as UBS e equipamentos sociais e da saúde mental por meio de conversas com usuários, trabalhadores e gestores, observamos relatos sobre vidas marginalizadas e desafios no cuidado a estes sujeitos viventes nas ruas, principalmente nas ações intersetoriais. Consultórios na Rua enfrentam desafios como infraestrutura, vínculo com os usuários e a presença de múltiplos serviços de saúde, assistência e cultura no território. Relatos de trabalhadores de um dos serviços de saúde mental mostraram dificuldades com a continuidade do cuidado após a alta da população em situação de rua dos equipamentos e a falta de capacitação dos trabalhadores para o atendimento. Em um Centro Pop, a integração e o trabalho contínuo de inclusão social foram destacados, com foco na articulação com o território. Desta forma, evidenciou-se nas visitas que as pessoas em situação de rua se fixam nos territórios conforme as dinâmicas sociais e estruturais locais, tornando-se mais vulneráveis às barreiras de acesso, como excessiva burocratização para acesso aos serviços, discriminação e fragmentação dos serviços. A equipe de pesquisa observou que a intersetorialidade, ainda que prevista nas normativas, enfrenta desafios na prática, com dificuldades de articulação entre saúde e assistência social e destas com outras políticas públicas. Alguns serviços apresentam iniciativas promissoras, como a flexibilização de atendimentos e estratégias de busca ativa, mas persistem dificuldades na continuidade do cuidado, especialmente na atenção psicossocial e assistência social. Trabalhadores dos serviços relatam desafios na adaptação das práticas institucionais para acolher essa população em situação de rua, assim como para a manutenção dos vínculos assistenciais. As andanças pelo território pesquisado têm construído novos olhares para os pesquisadores.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os primeiros movimentos de entrada no campo indicam que as pessoas em situação de rua enfrentam desafios significativos no acesso e na continuidade do cuidado, evidenciando a necessidade

de aprimoramento das estratégias de acolhimento e atendimento, assim como a articulação intersetorial. O estudo reforça que a micropolítica do cuidado é atravessada por fatores estruturais, institucionais e subjetivos, demandando abordagens mais flexíveis e integradas (6). O levantamento inicial reforça a necessidade de políticas públicas mais integradas e sensíveis às particularidades da população em situação de rua, promovendo o acesso equitativo e a superação das barreiras institucionais. Sendo assim, o aprofundamento no campo contribuirá para a formulação de políticas públicas mais efetivas, que garantam equidade e inclusão dessas pessoas nos serviços de saúde e assistência social.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Cadastro Único para Programas Sociais: dados sobre a população em situação de rua – Belo Horizonte. Brasília, DF: MDS; 2023.
- (2) Brasil. 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. DOU, Brasília, DF, dez 2009, Seção 1:2.
- (3) Gomes MPC, Merhy EE. Pesquisadores Inmundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Editora Rede UNIDA; 2014.
- (4) Slomp Junior H et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. Athenea Digital. 2020;20(3):0015.
- (5) Bertussi C, Feuerwerker LM, Merhy EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Hexis; 2016. v.2.
- (6) Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2012;6(2).

PRÁTICAS ANTICAPACITISTAS NO CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabriela Mendes Cezário¹

Júlia Viana de Souza

Márcio Guilherme Sampaio Figallo de Lima

Marina Schmid Nunes

Magda de Souza Chagas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A atenção à pessoa com deficiência (PcD) é uma temática historicamente negligenciada pelas agendas governamentais no Brasil ¹. Ao longo dos anos, o país tem sido insuficiente na garantia de atenção à saúde, educação e assistência social desses sujeitos ². O capacitismo estrutural consiste em um sistema de políticas, normas e práticas sociais que desvaloriza as pessoas com deficiência, neurodivergentes, cronicamente doentes ou com doenças mentais, colocando-as em um local de inferioridade, enquanto privilegia indivíduos considerados física e mentalmente saudáveis ³. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), preconiza cuidado integral, inclusão social, estímulo à autonomia das PcDs e enfrentamento ao capacitismo e às distintas formas de violência contra essa parcela. Entretanto, tal cuidado ainda segue uma abordagem curativista, limitando a autonomia e os projetos de vida desses indivíduos, além de influenciar a formação acadêmica de forma não holística e pouco inclusiva ¹. Pesquisas sobre a exclusão das PcDs na saúde são essenciais para garantir acesso, permanência e atendimento adequado desse grupo, além de promoverem o entendimento sobre como o capacitismo se manifesta nesse contexto. Assim, por meio de uma revisão sistemática da literatura, este resumo apresenta e discute estudos que versam sobre o (anti)capacitismo na saúde.

OBJETIVO

Esta revisão sistemática objetiva levantar a literatura acerca das práticas (anti)capacitistas de profissionais da saúde e seus impactos no cuidado de pessoas com deficiência. O levantamento visa compreender como essas atitudes interferem no tratamento, saúde mental e acesso aos sistemas de saúde das PcDs.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática formulada com a metodologia PRISMA e baseada em artigos disponibilizados nas bases de dados PubMed, BVS e Scielo, a partir dos descritores: “Deficiência”, “Capacitismo”, “Preconceito” e “Cuidado em Saúde” e equivalentes em inglês e espanhol, combinados com o operador booleano “AND”. Os critérios foram artigos científicos publicados entre 2020-2025

¹ Universidade Federal Fluminense. E-mail: gcezario@id.uff.br

(março), disponíveis na íntegra em inglês, português ou espanhol, que incluíssem o cuidado à pessoa com deficiência e o (anti)capacitismo na oferta de saúde, incluindo ou não o ensino médico. Os critérios de exclusão englobam análises secundárias, editoriais, cartas ao editor, boletins, relatos e estudos sobre COVID-19. A busca identificou 1408 artigos, esses exportados ao “Rayyan”, no qual foram removidas 450 duplicatas. Em sequência, os 958 artigos restantes foram avaliados cegamente por quatro revisores quanto à pertinência à pergunta de pesquisa, gerando 269 conflitos, resolvidos por consenso. Resultou-se na seleção de 67 artigos para leitura completa. Após essa etapa, 23 artigos foram incluídos na revisão, com extração de dados realizada conforme os objetivos do estudo.

RESULTADOS

Foram incluídos 23 artigos, divididos em 5 eixos temáticos: 1. acessibilidade e barreiras no acesso aos serviços de saúde, 2. educação médica e inclusão de PcDs, 3. práticas anticapacitistas e reformas no sistema de saúde, 4. discriminação, capacitismo e saúde mental, 5. saúde sexual e reprodutiva para PcDs. O 1º eixo evidencia o acesso precário de PcDs a serviços de saúde -seja para tratamento seja para apoio-, piorando com a idade e a gravidade da deficiência. Dados do Ceará, Brasil, mostram que 56% dos pacientes enfrentam desafios na comunicação com profissionais. Tal realidade é agravada pela infraestrutura inadequada, escassez de recursos e falta de capacitação profissional, que perpetuam barreiras sistêmicas. O capacitismo institucional mina a confiança nos serviços, levando muitos a deixarem o cuidado ou buscarem exaustivamente equipes que o forneçam. Quanto ao 2º e 3º eixos, há discussões limitadas sobre a inclusão de PcDs na educação médica e a aplicação de práticas anticapacitistas na saúde. Destacam-se os benefícios da exposição dos estudantes a serviços direcionados a PcDs, já que a maioria desconhece essa realidade. Os atuais currículos não preparam plenamente os futuros médicos para as especificidades do cuidado à PcD, menos de 50% dos profissionais se sente confiante em oferecê-lo a PcDs³. O 4º e 5º eixos revelam como a saúde sexual e reprodutiva das PcDs é negligenciada, vide o estigma capacitista que as reduz à sua deficiência—como se fossem assexuadas ou inférteis. No entanto, tal grupo enfrenta um maior risco de violência sexual e barreiras aumentadas no acesso a serviços de saúde. As insuficientes adaptações físicas e capacitações profissionais culminam em violações, como a violência obstétrica, reforçando a urgência de políticas anticapacitistas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este estudo evidenciou a persistência de barreiras capacitistas no cuidado em saúde às PcDs, destacando a necessidade e a urgência de práticas anticapacitistas na promoção de acesso equitativo e atendimento digno desse grupo. Os resultados revelam desafios estruturais, como a acessibilidade precária, a perpetuação da discriminação na formação médica e a violação de direitos dessa parcela. A inclusão de PcDs no planejamento e na execução de políticas de saúde surge como uma estratégia fundamental para a transformação desses cenários, além da sensibilização e capacitação dos profissionais da saúde durante a sua instrução. A partir desta pesquisa, reforça-se a necessidade de mudanças estruturais, desde a desconstrução de estigmas até reformas no sistema de saúde que assegurem a

autonomia e respeito às PcDs. Assim, ações intersetoriais, baseadas em evidências e nas vozes desses civis, são essenciais para a superação do capacitismo e a promoção do cuidado integral e inclusivo.

REFERÊNCIAS

- (1) Macedo MS, Saldanha JHS, Tavares LRC, et al. Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2025;30(2).
- (2) Ribeiro S, Arthur MS. Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência. 2022.
- (3) Lundberg DJ, Chen JA. Structural ableism in public health. *Lancet Reg Health Am*. 2024;30:100650.
- (4) Brasil. Portaria GM/MS nº 1.526/2023. Disponível em: <https://bit.ly/3zW8X9y>
- (5) Tesfaye T, Woldesemayat EM, Chea N, et al. Healthcare access for PWD in Ethiopia. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:3993-4002.
- (6) Freeman L. Accessibility in equity initiatives. *Canadian Family Physician*. 2024;70(10):643-4.
- (7) Mac-Seing M, Zinszer K, Eryong B, et al. Disability and SRH in Uganda. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020;28(2):1-27.
- (8) Wudneh A, Cherinet A, Abebe M, et al. Obstetric violence and disability. *BMC Womens Health*. 2022;22(1).

PRÁTICAS EXPANDIDAS DE DANÇA INTEGRANDO ABORDAGENS SOMÁTICAS E SABERES ANCESTRAIS: REFLEXÕES PARA UMA ARTICULAÇÃO TRANSDISCIPLINAR SOB O MODELO DE UMA SÓ SAÚDE

Rosane Vianna-Jorge¹

Alecsander Vasconcelos Correia

Alice Magaldi

Giulia Lucas Silva

Elaine Vieitas

Juliana Cristina Moreira Vieira

Letícia Viana

Lidia Costa Lorangeira

Ruth Silva Torralba Ribeiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esta comunicação propõe uma articulação transdisciplinar entre Dança e Saúde, sob o modelo de “Uma Só Saúde”, compreendendo a dança numa perspectiva expandida, como parte da experiência humana na Terra, em nossas relações transpessoais, com o ambiente e outros seres, compondo o complexo sistema orgânico vivo em que nos inserimos. Nossa contribuição inclui experiências de pesquisa e criação artística, com o desenvolvimento de práticas de cuidado e fruição de vida que aliam movimentos de dança com abordagem somática. Esta pesquisa é desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa, Estudos e Encontros em Dança (onucleo, UFRJ), em parceria com a Universidade Indígena Aldeia Maraka’nà, uma aldeia pluriétnica em contexto urbano, num antigo e ancestral território indígena, no Rio de Janeiro.

O conceito de “Uma Só Saúde” (One Health) reconhece a interconexão entre a saúde humana, animal, vegetal e dos ecossistemas que compõem o Planeta Terra, e foi elaborado frente à emergência de novas doenças e de epidemias associadas a alterações nos hábitos de vida das populações. Além da crescente degradação ambiental planetária, das guerras e da crise migratória, o modo de vida capitalista globalizado gerou uma “Sociedade do Cansaço”, dominada pelo excesso de estímulos e pela vivência de exaustão física e psicossocial.⁽¹⁾ Em 2023, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a existência de uma “epidemia de isolamento social e solidão”, criando uma comissão internacional para promover ações de conexão social.

O nucleo é um grupo de artistas e pesquisadoras, com atuação nas áreas da dança, da psicologia e da saúde coletiva, que, desde 2015, investiga políticas de encontro como práticas expandidas de dança. Em 2017, a partir de ações de cartografia e ocupação afetiva de territórios em disputa na cidade

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: rosanevj@gmail.com

do Rio de Janeiro, onúcleo tem seu primeiro encontro com a Aldeia Maraká'nà, firmando uma forte aliança afetiva, parceria investigativa e vínculo de apoio mútuo. Desde então, o território da Aldeia tem sido espaço de aprendizado, recriação e experimentação de práticas de cuidado, dramaturgias e poéticas que buscam desvios e evitações à dominação da herança colonial.

OBJETIVO

Tecer reflexões sobre práticas expandidas de dança com abordagem afetiva e somática (somatoafetivas), inspiradas por saberes e modos de vida ancestrais constituídos na relação entre território e coletividade, articulando suas contribuições ao modelo de “Uma Só Saúde”.

METODOLOGIA

Nossa proposta se ancora na transdisciplinaridade entre dança e saúde, com a investigação de práticas expandidas de dança que agregam vivência afetiva, abordagem somática e criação artística cartográfica, e que se integram a ações de cuidado coletivo, firmadas no fortalecimento das redes comunitárias e na conexão com os territórios habitados e os espaços de convivência.

Nossa práxis consiste no estudo de movimentos de dança com abordagem somática, e envolve pesquisa, resgate, recriação e exercício de práticas de encontro e vivência compartilhada, com ênfase nas relações transpessoais, em reconexão com o tempo e com o ambiente, convidando à presença, à atenção plena e contemplativa, à escuta ativa, à partilha afetiva de percepções e à criação de novos mundos sonhados coletivamente. Temos denominado esta estratégia metodológica de práticas de *estarcom*: “experimentações em dança que não encadeiam sequências de movimentos coreográficos, mas se atentam ao gesto, ao território, aos micro-movimentos do corpo em suas dimensões afetivas e somáticas, ao campo de forças e à presença”.(2)

RESULTADOS

Entre 2022 e 2024, desenvolvemos as seguintes práticas de *estarcom* (*dança expandida*) no território da Aldeia Maraká'nà: Caminhada cartográfica, Banho de folhas, Casulo, Descanso, Incapturas, Rebolado e Reflorestando corpo-território. Tais práticas envolvem ações variadas como caminhar em grupo em silêncio, em atitude imersiva e contemplativa; observar, tocar e sentir o chão, a terra, plantas e elementos do território; estar em roda para observação, partilha e escuta; plantar e acompanhar processos de brotamento e crescimento.

Compreendemos as práticas de *estarcom* como práticas expandidas de dança com abordagem somática, desenvolvidas de forma horizontal, com ênfase na vivência coletiva e nas experiências multissensoriais provocadas pelo movimento e pelos diversos estímulos visíveis e invisíveis que nascem do encontro e da relação cuidadosa com o território. As práticas de *estarcom* se orientam pela ideia de *contracoreografia*, uma proposta político-pedagógica em oposição à lógica colonial e capitalista das relações de poder, comando e obediência.(3,4)

As práticas de *estarcom* não são atividades lúdicas ou recreativas, nem têm intenção terapêutica individual. Elas promovem a saúde coletiva, favorecendo o estreitamento da relação humana com o ambiente, estimulando condições de coexistência, em vivências de cocriação entre a comunidade e os elementos e seres que compõem o ecossistema. As práticas de *estarcom* têm ênfase na vivência do “agora”, em estado de presença ativa, atenta ao cuidado e à regeneração das relações “corpo-território-tempo”. (3) A construção desta íntima relação tem inspiração na noção de corpo-território, desenvolvida pelo movimento de mulheres indígenas, em referência à indissociabilidade entre a existência dos seres e dos elementos que constituem o ecossistema.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Em 2019, a Organização Mundial de Saúde publicou um relatório com mais de 3 mil estudos que investigaram a relação das artes para o bem-estar físico e mental.(5) Tais estudos abordam a prevenção, o manejo e o tratamento de doenças humanas, mas não abrangem a saúde sistêmica planetária.

Nossa proposta é original ao propor a integração entre arte, cultura e saúde comunitária, em sua relação com o espaço, o ambiente, os elementos, outros seres que constituem o corpo-território-tempo, em consonância com o modelo de Uma Só Saúde. Nossa abordagem contempla os eventos e os ciclos da vida, as formas de convivência com o tempo em suas dimensões objetivas e subjetivas, com o espaço físico e político das existências e com as múltiplas relações entre os seres.

Propomos que tais práticas coletivas e suas vivências somatoafetivas expandem a percepção sobre modos e sentidos das relações transpessoais que compõem a vida planetária, criando uma potência regenerativa da saúde global.

REFERÊNCIAS

- (1) Han BC. Sociedade do cansaço. Petrópolis: Vozes, 2015.
- (2) Larangeira LC, Ribeiro RST. Práticas de *estarcom* como gesto de cuidado e criação. Revista Mnemosine. 2020;16(2).
- (3) Larangeira L et al. Práticas de *Estarcom*: proposições expandidas de dança para reflorestar corpos e relações. Anais do 8º Congresso da Associação Nacional de Pesquisadores em Dança. Salvador: 2024. v.1.
- (4) Larangeira L. Coreografias e contracoreografias de levante: engajando dança, grafias e feminilidades [Tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2019.
- (5) Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/329834>.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: UM ESTUDO DE CASO

Jaqueline Capelari¹

Vitória Sartoti Uberti

Fabiana Schneider Pires

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Desde de 1970 a Organização Mundial da Saúde estimula práticas e saberes diversos da biomedicina como recursos de cuidado nos sistemas nacionais de saúde¹. No Brasil, tais práticas têm longa história, sendo discutidas desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) até a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)².

A partir da PNPIC, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ganharam visibilidade na Atenção Primária em Saúde (APS), e sua implantação passou a ser estimulada com a elaboração de normas técnicas e definição de recursos orçamentários e financeiros.

As PICS apoiam-se na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade, além de abranger uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção integral do cuidado humano. A literatura reforça que as PICS têm menores custos, mínimos efeitos colaterais, atendem às expectativas emocionais e sociais dos indivíduos e podem ser aplicadas em todas as idades.

O objeto deste estudo foi o projeto “ATP – Aqui Tem PICS” de Vila Lângaro/RS, implementado por meio da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, criada pela Lei Municipal nº 1.119/21. Através do projeto “ATP”, são ofertados no município, dentre outros: Acupuntura, Auriculoterapia e Meditação.

OBJETIVO

Compreender os motivos pelos quais os participantes buscaram as práticas complementares de cuidado à saúde, os itinerários terapêuticos trilhados pelos participantes até o seu atendimento no projeto “ATP” e os efeitos das PICS na saúde dos usuários.

METODOLOGIA

Estudo de caso de abordagem qualitativa, produção de dados se deu por meio de entrevistas e elaboração de diário de campo pelas pesquisadoras. Para interpretação dos dados utilizou-se a análise de discurso.

Foram convidados os usuários que receberam atendimento no projeto ATP, do município de Vila Lângaro/RS, no período de dezembro de 2022 a maio de 2023. Foram agendadas entrevistas

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: jaquelinecapelari82@gmail.com

individuais na Unidade Básica de Saúde Central de Vila Lângaro/RS, buscando deixar o participante confortável para refletir sobre as questões e responder a seu modo. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Observou-se o requisito de saturação e o reconhecimento de que os dados produzidos foram suficientes para explicar o problema. Após a transcrição das entrevistas procedeu-se à organização dos temas em pré-categorias e as falas exemplares dos núcleos de sentido identificados foram sendo agregadas às categorias. Por fim desenvolveu-se a codificação e nominação dos enunciados com a constatação da saturação teórica.

RESULTADOS

Foram entrevistados 24 usuários com idades entre 29 e 81 anos de idade. O primeiro conjunto de resultados foi analisado considerando os principais motivos que promoveram a busca por atendimento, sendo a dor o mais evidente.

Quanto aos itinerários terapêuticos (IT), foi observado que os participantes (P) iniciam seu itinerário por meio da automedicação. Na sequência, procuram atendimento na unidade de saúde através do modelo biomédico de assistência. O acesso às PICS ocorre como alternativa após encaminhamento de profissionais da área da saúde ou por procura espontânea.

De acordo com Gerhardt³, as escolhas que norteiam os IT estão condicionadas por crenças, valores e regras dos grupos de pertencimento do sujeito. O ponto de vista da pessoa embasa suas atitudes em relação à procura por cuidado, fazendo com que o IT ocorra de acordo com os significados culturalmente construídos.

A respeito dos efeitos das PICS nas saúdes dos usuários, os resultados abrangeram quatro efeitos principais:

I. Redução do uso de medicamentos: *“Fiz as 10 sessões e não voltou mais, primeiro eu tinha que tomar remédio todo dia, agora se for ver em casa eu nem tenho mais calmante...”* (P12, 47 anos).

II. Alívio das dores: *“Depois do tratamento eu senti um grande alívio, desde a primeira sessão acalmou muito, o alívio é bastante”* (P17, 61 anos).

III. Sensação de bem-estar: *“... com a acupuntura, melhorava a qualidade de vida, tinha mais disposição, desde a parte de equilíbrio emocional, energias, tudo melhorava na verdade, dormia melhor”* (P14, 39 anos).

Promoção de autocuidado: *“Eu faço tudo diferente, eu sei que tenho que me cuidar, não exagero como antes, eu caminho, jogo futebol, trabalho do dia a dia, eu como de tudo, vario bastante fruta, verdura e tudo, inclusive doce”* (P15, 40 anos).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo evidencia como o uso das PICS pode ser eficaz para melhorar a saúde da população e alcançar a integralidade do cuidado ao usuário, salientando que as PICS são um importante fator de promoção da saúde, incentivando práticas de autocuidado, resgatando a autonomia na escolha dos seus tratamentos e validando saberes populares.

O potencial desmedicalizante das PICS deve ser levado em conta ao se pensar formas de cuidado a longo prazo para populações já muito medicalizadas, como por exemplo os idosos e doentes crônicos.

Estimular a formação dos profissionais em PICS pode ser um caminho potente no escopo da saúde pública, com vistas a ofertar um atendimento humanizado e que gere vínculo, buscando responder de forma resolutiva às necessidades de saúde da população. As limitações do estudo relacionam-se ao tamanho da amostra e a realidade singular de um pequeno município com trajetória de uso das PICS no SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Castro MR; Figueiredo FF. Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS. *Hygeia*. 2019;15(31):56-70. Doi: 10.14393/Hygeia153146605.
- (2) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006–Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.crbm1.gov.br/Portaria%20MS%20971%202006.pdf>
- (3) Gerhardt T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22:2449–2463.

PRECEPTORES NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO INTEGRADA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mônica Villela Gouvêa¹

Elisete Casotti

Julia Fernandes Jorge

Edes Candido de Paula

Fabiana Duarte da Silveira Copetti

Taiarade Oliveira Costa

Maisa Miglioli

Cristina Brito de Santana

Ingrid Maia Gomes Boaventura

Alexandra da Silva Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde no Brasil é um processo complexo que exige um alinhamento entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Nesse contexto, a atuação de preceptores — profissionais da saúde que supervisionam e orientam os estudantes em suas práticas — é fundamental para garantir a qualidade da formação acadêmica e a preparação dos futuros profissionais para enfrentar os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). O papel dos preceptores é central no processo de formação de estudantes na área de saúde, sendo estes os responsáveis por orientá-los durante a vivência prática nas unidades de saúde.[1] Um preceptor bem formado, vai além da supervisão técnica, sendo uma ponte entre o conhecimento teórico adquirido pelos alunos e sua aplicação no mundo real. Isso implica não apenas em ensinar procedimentos técnicos, mas também em ajudar os estudantes a compreender o contexto social, político e econômico que influencia a saúde e o sistema de saúde, como no caso do SUS. Além de transmitir habilidades clínicas, os preceptores devem ser capazes de orientar os estudantes a refletir criticamente sobre suas práticas, integrando a teoria com a prática[2]. Isso inclui discutir os princípios fundamentais do SUS e como eles se refletem no atendimento diário. Os preceptores, portanto, são facilitadores do desenvolvimento profissional e humano dos estudantes.

OBJETIVO

O presente relato de experiência tem como objetivo refletir sobre a importância da formação integrada de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atuação como preceptores de estudantes de graduação na área da saúde. Busca-se destacar como a capacitação e o desenvolvimento de competências pedagógicas com esses profissionais podem contribuir para a

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: monicagouvea@id.uff.br

melhoria do processo de ensino-aprendizagem, promovendo uma formação mais sólida, prática e alinhada às necessidades do SUS.

METODOLOGIA

Este relato de experiência adota uma abordagem qualitativa e reflexiva, com base na vivência prática de professores de uma IES pública e profissionais da estratégia de saúde da família de um município do estado do Rio de Janeiro envolvidos no processo de formação de preceptores para estudantes de graduação na área da saúde. A metodologia utiliza a análise de experiências de formação desenvolvidas com profissionais, bem como a observação de sua prática como preceptores no contexto de atividades de ensino e cuidado. Foram discutidos desafios, estratégias pedagógicas adotadas e os resultados percebidos na integração entre a formação teórica e a atuação prática desses profissionais. A coleta de dados foi realizada por meio de conversas e relatos pessoais de preceptores, professores e estudantes, além da análise de documentos institucionais e materiais pedagógicos utilizados nas formações. A reflexão foi feita a partir da análise crítica desses dados, buscando identificar os resultados da formação integrada de preceptores.

RESULTADOS

Os resultados apontam que a formação dos preceptores é uma questão fundamental para a qualidade do processo educativo no SUS. Embora o preceptor possua expertise em sua área de atuação, ele precisa de uma formação pedagógica específica para lidar com as demandas de ensino e supervisão de estudantes. A prática de supervisão envolve mais do que apenas a transmissão de conhecimento técnico; ela exige que o preceptor possua habilidades de comunicação, capacidade de promover reflexões críticas e habilidades para criar um ambiente de aprendizagem adequado. É também importante que os preceptores compreendam as metodologias de ensino-aprendizagem mais práticas, que integram aspectos teóricos e práticos. Isso inclui a adoção de abordagens que incentivam o aprendizado ativo e a resolução de problemas, em vez de um mero repasse de informações. A formação dos preceptores também deve abordar feedback construtivo e discussões sobre como estimular os alunos a desenvolverem uma visão crítica sobre o sistema de saúde e suas próprias práticas [3]. Além disso, a formação do preceptor deve ser capaz de contextualizar sua prática dentro dos princípios e diretrizes do SUS, orientando os alunos sobre como trabalhar com recursos disponíveis, atender a populações diversas e enfrentar as desigualdades no acesso à saúde. Um preceptor bem formado não terá apenas a capacidade técnica, mas também o entendimento das políticas públicas e dos contextos sociais que afetam diretamente o país. Por fim, a função de preceptor valoriza o profissional de saúde, confirmando sua expertise e a importância de sua contribuição para a formação de outros profissionais. Esse reconhecimento pode aumentar a motivação e o engajamento dos profissionais do SUS, promovendo um ambiente de trabalho mais colaborativo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A formação de preceptores no SUS tem um impacto direto na qualidade da atenção à saúde no SUS. Preceptores bem formados são capazes de orientar os estudantes em práticas de atendimento mais humanizadas, com foco no usuário e na promoção da saúde. Isso contribui para a formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS. Além disso, a presença de estudantes nas unidades de saúde permite que o SUS tenha um quadro de profissionais em constante preparação para os diversos enfrentamentos das necessidades da população. A interação entre profissionais experientes e novos estudantes contribui para a troca de conhecimentos e para a melhoria contínua dos processos de cuidado e gestão. A formação de preceptores é uma estratégia poderosa para melhorar a formação dos profissionais que irão atuar no SUS e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria da qualidade resultando em um sistema de saúde mais eficiente, equânime e preparado para os desafios do futuro.

REFERÊNCIAS

- [1] Pereira ALP, Zilbovicius C, Carnut L, de Souza Neto AC. A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2022;32(3):e320305.
- [2] Lima PA de B, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface*. 2015;19:779–91.
- [3] Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

PRIMEIRA JORNADA DE SAÚDE COLETIVA DE UMA UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DO SUL DO BRASIL: CULTURA, RESISTÊNCIA E SAÚDE

Gabriela Bocalon Spindola¹

Thiago Bernardes Nunes

Cecília Cristina de Oliveira

Dora Carolina Diedrich Saldanha

Roque Eduardo Silveira de Mello Filho

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Diante das contradições na grade curricular de uma universidade comunitária, cuja missão deveria estar alinhada com as necessidades da comunidade, os autores identificam o esvaziamento das disciplinas de Saúde Coletiva e pensamento crítico, social e humanista, muitas vezes relegadas ao ensino remoto, enquanto disciplinas tecnicistas e voltadas ao empreendedorismo que ganham espaço. Surge, assim, a inquietação que motiva a construção de um movimento pela valorização da Saúde Coletiva na formação em saúde. Inspirados pela participação em um evento da área, estudantes do curso de Medicina se aproximam da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LASAC) e organizam a I Jornada de Saúde Coletiva (I JSC). A iniciativa se torna expressão concreta do desejo de mudança e da construção de uma formação comprometida com o território, a coletividade e a transformação social. O movimento presta homenagem ao professor Marco Aurélio da Ros que, aos 72 anos, faleceu no dia 16 de novembro de 2022. Marcão, como gostava de ser chamado, foi médico sanitarista, professor universitário, militante da reforma sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja trajetória inspirou gerações de estudantes e colegas com sua paixão pela saúde pública e pelo direito à saúde como pilar de justiça social [1].

OBJETIVO

O objetivo central deste trabalho é relatar a experiência da I Jornada de Saúde Coletiva (JSC) que ocorreu nas dependências da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), na cidade de Itajaí-SC/BR, como forma de resistência da saúde coletiva na formação de futuros profissionais de saúde. O planejamento da I JSC ocorreu entre os meses de novembro de 2023 à junho de 2024.

METODOLOGIA

A I JSC “Marco Aurélio da Ros” da UNIVALI, realizada gratuitamente em 21 de junho de 2024, nasceu como resposta à urgência de discutir criticamente a realidade da saúde coletiva na formação universitária. Em um cenário de esvaziamento curricular e fragmentação do conhecimento, a I JSC constituiu-se como ação política, ética e pedagógica, promovendo um espaço de escuta, troca

1

E-mail: roque.foto@outlook.com

e resistência. Construída ao longo de meses por estudantes e docentes, com apoio de patrocinadores e apoiadores, a JSC ocupou um auditório inteiro com uma programação intensa e afetiva, iniciada com apresentações culturais que valorizavam as potências artísticas da comunidade e dos usuários dos CAPS II e CAPSad de Itajaí. O cordel “Marcão: a esperança é coletiva”, a apresentação do grupo “Dança do Gueto”, a exposição “Chorar”, de Ana Caroline, e os trabalhos artísticos dos CAPS deram o tom comunitário ao evento. A manhã seguiu com a palestra “Marcão e a Saúde Coletiva: da Reforma Sanitária ao SUS” e a mesa-redonda “Cuidar: o trabalho em equipe na prática clínica”, com profissionais de diversas áreas, reforçando a integralidade do cuidado. À tarde, após nova apresentação cultural, uma palestra sobre Saúde do Trabalhador e Determinação Social da Saúde antecedeu a exibição do documentário “Quando Falta o Ar”[2], seguida de roda de conversa com Helena Petta, encerrando com microfone aberto ao pôr do sol. A I JSC também lançou três publicações: o “Caderno de Histórias da Saúde Coletiva”[3]; o livro “Do Indivíduo ao Social”[4]; e “Mundo Impossível”[5], de Mayara Floss. Com mais de 500 inscritos e cerca de 200 participantes ativos, consolidou-se como espaço potente de formação crítica e articulação entre estudantes, trabalhadores e docentes. A homenagem ao sanitarista Marco Aurélio da Ros resgatou memórias e reafirmou o compromisso com uma saúde pública universal e de qualidade. A LASAC, responsável pela I JSC, foi reconhecida pelo Diretório Central dos Estudantes (DCE) como responsável pelo melhor evento universitário de 2024. A construção da Segunda Jornada já está em curso e avança com protagonismo estudantil e compromisso com a transformação social. Com o tema “Que sociedade queremos?”, propõe-se aprofundar os debates sobre a determinação social em saúde, interseccionalidades e formas de cuidado. Os eixos temáticos envolvem Saúde Planetária, Diversidade e Cuidado Comunitário, guiando exposições, mesas, oficinas, saraus e rodas de conversa. Estudantes e docentes de diversos cursos da Escola de Ciências da Saúde da UNIVALI e de outras instituições estão e estarão envolvidos, garantindo o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Articulações com centros acadêmicos, movimentos sociais, universidades da região, conselhos locais e o Conselho Municipal de Saúde de Itajaí fortalecem o caráter coletivo da JSC. Consolidada como prática política da saúde coletiva, a JSC afirma-se como movimento permanente, vivo e comprometido com a defesa do SUS e da vida em todas as suas dimensões.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A I Jornada de Saúde Coletiva “Marco Aurélio da Ros” movimentou o cotidiano universitário com sensibilidade, afeto e resistência, conectando a academia, serviços e pessoas engajadas em defesa do SUS. Mais que um evento, foi uma trincheira de construção coletiva da identidade da Saúde Coletiva, tensionando dicotomias como isolamento relacional e trabalho em equipe, consciência alienada e histórica. A articulação entre estudantes e trabalhadores evidenciou o potencial transformador da coletividade e reafirmou a necessidade de uma formação crítica, humanizada e comprometida com os princípios do SUS. A Jornada se torna, assim, catalisadora de uma mudança urgente: formar sujeitos conscientes, comprometidos, capazes de resistir ao desmonte do SUS no Brasil e liderar práticas emancipatórias no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- [1] Dias BC. Nosso adeus a Marco Aurélio Da Ros [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022 [citado 2025 maio 20]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/nosso-adeus-a-marco-aurelio-da-ros/>
- [2] Petta A, Petta H, diretores. Quando falta o ar [filme]. São Paulo: Paranoid; 2021.
- [3] Lima RCGS, organizadora. Caderno de história da saúde coletiva [Internet]. Ponta Grossa (PR): Atena Editora; 2024 [citado 2025 maio 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.554241806>
- [4] Machado C, Abdou WS, organizadores. Do indivíduo ao social: ampliando o método clínico centrado na pessoa [Internet]. Ponta Grossa: Atena Editora; 2024 [citado 2025 maio 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.901240506>
- [5] Floss M. Mundo impossível. São Paulo: Editora Coragem; 2024

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA BUSCA ATIVA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV: INOVAÇÃO NA GESTÃO DO CUIDADO COM APOIO DO FITRADEOFF

João Maria Macedo da Costa¹

Jordana Crislayne de Lima Paiva

Elinaldo Bernardo de Oliveira Júnior

Manoel Honório Romão

Laiane Graziela Paulino da Costa

Andréa Santos Pinheiro

Érika Santos de Aragão

Thaísa Góis Farias de Moura Santos Lima

Israel José dos Santos Felipe

Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O abandono do tratamento antirretroviral (TARV) por pessoas vivendo com HIV constitui um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e no mundo, impactando negativamente a qualidade de vida, ampliando a transmissão do vírus e sobrecarregando os serviços de saúde¹.

Mesmo com os avanços na detecção precoce e ampliação do acesso aos medicamentos, estima-se que mais de 330 mil pessoas no Brasil não estejam em acompanhamento regular, o que representa risco à efetividade da política de enfrentamento ao HIV/AIDS². Entre as estratégias para mitigar esse cenário, a busca ativa tem se mostrado uma ferramenta essencial para reengajar pacientes ao cuidado, especialmente em contextos de vulnerabilidade³.

Este estudo propõe a construção de um Procedimento Operacional Padrão (POP) baseado no método multicritério FITradeoff para orientar e qualificar a busca ativa em um Serviço de Assistência Especializada (SAE), alinhando efetividade, viabilidade, tempo e custo às necessidades da população.

OBJETIVO

Desenvolver um Procedimento Operacional Padrão (POP) para busca ativa de pessoas vivendo com HIV em abandono de tratamento, utilizando o método FITradeoff como ferramenta de apoio à decisão, visando qualificar a gestão do cuidado e ampliar a adesão ao tratamento no âmbito do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo aplicado, com abordagem quantitativa, fundamentado em modelagem e simulação por meio do método FITradeoff⁴. A pesquisa foi desenvolvida em um SAE, contando com a participação de gestor, assistente social e farmacêuticos, que contribuíram na definição dos critérios

1 Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS). E-mail: joao.costa@lais.huol.ufrr.br

decisórios. Foram consideradas quatro dimensões principais: minimização de custos, viabilidade de implementação, tempo para reengajamento e aceitação pelos pacientes.

O método permitiu a elicitación parcial das preferências do decisor, por meio de comparações entre pares de alternativas⁵, gerando ordenações e relações de dominância entre opções como visitas domiciliares, mensagens SMS e contato telefônico.

RESULTADOS

A aplicação do método FITradeoff possibilitou a estruturação de um modelo decisório baseado em múltiplos critérios relevantes para a gestão do cuidado no contexto do HIV⁶. O sistema de apoio à decisão permitiu gerar uma matriz de consequências que sintetizou o desempenho de cada alternativa em relação aos quatro objetivos definidos: reduzir custos, otimizar tempo, garantir viabilidade operacional e maximizar a aceitação pelos pacientes. Durante o processo de elicitación, o decisor comparou pares de alternativas com base em cenários simulados, o que resultou em relações de dominância entre opções como visita domiciliar, SMS, WhatsApp e contato telefônico.

A análise identificou o “Contato Telefônico” como a alternativa mais promissora, por reunir características de alta efetividade, baixo custo, rapidez de execução e elevada aceitação pelos pacientes. Essa alternativa não foi dominada por nenhuma outra, posicionando-se como a solução ideal segundo os critérios do modelo. As visitas domiciliares apresentaram maior potencial de engajamento, mas foram prejudicadas por alto custo e limitações logísticas. O envio de SMS e mensagens via WhatsApp demonstraram viabilidade e custo baixo, mas menor efetividade e adesão.

O modelo final gerado foi validado por meio de análise de sensibilidade, confirmando a robustez da decisão mesmo frente a variações nos pesos atribuídos aos critérios. A construção do Procedimento Operacional Padrão (POP) resultou em um fluxograma sistematizado com etapas, responsabilidades e indicadores de monitoramento, permitindo a padronização da busca ativa e a tomada de decisões baseadas em evidências.

O resultado está alinhado aos eixos temáticos propostos pelo congresso, ao propor um modelo de cuidado baseado na equidade, na racionalização de recursos, na gestão participativa e na inovação metodológica. Ao incorporar uma ferramenta de apoio à decisão centrada no contexto e nas preferências locais, o estudo fortalece a governança em saúde e valoriza o protagonismo dos serviços públicos no enfrentamento das desigualdades e na promoção de respostas sustentáveis à epidemia do HIV/AIDS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O desenvolvimento de um POP com suporte do método FITradeoff mostrou-se uma estratégia inovadora e eficaz para qualificar a busca ativa de pacientes vivendo com HIV. Ao considerar múltiplos critérios e as condições reais do serviço, o modelo favorece a tomada de decisão mais informada, eficiente e replicável.

A alternativa priorizada se mostrou viável, econômica e bem aceita, permitindo intervenções ágeis e centradas no paciente. Essa abordagem fortalece a gestão do cuidado, contribui para a continuidade do tratamento e pode ser adaptada a outros contextos da saúde coletiva, reafirmando o compromisso com a equidade e a efetividade das políticas públicas no SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Global HIV & AIDS statistics — 2022 fact sheet. Geneva: WHO; 2022.
- (2) UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact Sheet. Geneva: UNAIDS; 2023.
- (3) Amankwaa I, et al. Effectiveness of short message services and voice call interventions for antiretroviral therapy adherence and other outcomes: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(9):e0204091.
- (4) Almeida AT, et al. A new method for elicitation of criteria weights in additive models: flexible and interactive tradeoff. Eur J Oper Res. 2016;250(1):179-191.
- (5) Pessoa MEBT, Roselli LRP, Almeida AT. Using the FITradeoff Decision Support System to support a Brazilian compliance organization program. Inf Syst Front. 2022.
- (6) Dell'Ovo M, et al. FITradeoff method for the location of healthcare facilities based on multiple stakeholders' preferences. Lect Notes Bus Inf Process. 2018;331:97-112.

PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA APS: PERSPECTIVA DE GESTORES

Andreza Pereira de Jesus Silva¹

Maisa Miglioli,

Mônica Villela Gouvêa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui um importante processo, uma vez que preconiza um aprender/ensinar vinculado às questões que surgem do cotidiano do trabalho (aprendizagem-trabalho). A EPS envolve a possibilidade de transformar as práticas profissionais, por meio da reflexão crítica e a partir dos conhecimentos e das experiências que os trabalhadores acumulam em sua prática diária, se fundamentando para tanto, na aprendizagem significativa [1]. É indiscutível a potência da EPS na qualificação dos trabalhadores da saúde tanto da gestão como da assistência, aprimorando relações e processos de trabalho [2]. A EPS é um dispositivo que pode proporcionar autoanálise e consequentes mudanças no cotidiano dos serviços de saúde. Novas formas de se pensar e agir podem catalisar possíveis novos modos de se produzir saúde e de se organizar os processos de trabalho, os serviços de saúde, a formação profissional, a gestão e o controle social[3] No entanto o cotidiano dinâmico verificado nos diferentes espaços de construção do cuidado em saúde no SUS, revela por vezes, perda de potência na qualificação de processos de trabalho, justamente pela dificuldade de se reconhecer e ativar tais espaços de EPS.

OBJETIVO

Compreender processos de EPS na perspectiva de gestores de unidades de APS em uma Área Programática (AP) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, sendo objetivos secundários, conhecer processos de EPS nas unidades de APS da AP; e investigar a percepção de gestores desta área programática sobre desafios na ativação de processos de EPS em suas unidades.

METODOLOGIA

Estudo de campo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvido com gestores de unidades de Atenção primária de uma área programática do município do Rio de Janeiro (SMSRJ), cuja área de abrangência compreende 9 bairros situados na zona sul da cidade. Participaram 11 trabalhadores de 8 unidades, sendo 4 diretores e 7 gestores técnicos. Gestores de 2 unidades não aderiram ao estudo. O grupo foi composto majoritariamente por pessoas brancas, do gênero feminino e com graduação em enfermagem (além de Odontologia, Educação Física e Serviço Social). A faixa etária variou de 32 a 67 anos, com concentração entre os 40 e 50 anos. Todos relataram

1

Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. E-mail: andrezadj@gmail.com

possuir pós graduação e formação específica para a gestão, sendo a maioria formada por processos ofertados pela própria SMSRJ. O tempo de atuação no serviço público variou de 7 a 42 anos enquanto na função de gestão a maioria tinha entre 1 e 2 anos na função, com exceção de uma gestora técnica (4a) e 0 diretoras (13 e 30 a). Os dados foram coletados através de entrevistas individuais e observação participante. As entrevistas gravadas foram transcritas e as observações registradas em um diário de campo. Nas entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado, composto por questões abertas. Os dados foram trabalhados na perspectiva da análise temática.

RESULTADOS

Os gestores informam que a EPS acontece durante as reuniões periódicas e em geral, a partir de temas identificados pelos próprios gestores. Nesses casos, versa majoritariamente sobre questões emergenciais que são encaminhadas sob a forma de treinamentos pontuais e capacitações. Há dificuldade de implementar programas estruturados devido à alta demanda de trabalho. A ativação da EPS por gestores enfrenta desafios significativos, especialmente relacionados à falta de tempo, sobrecarga de trabalho e dificuldade em engajar os trabalhadores nas ações consideradas de EPS. Nota-se preocupação em alinhar os treinamentos com as necessidades específicas de cada unidade. Existe a intenção de promover o sentimento de pertencimento e valorização dos profissionais e uma crença de que a EPS seria um caminho para tanto. Há reconhecimento de que organizar e executar as atividades de EPS compõem o papel da gestão. No geral, identificam necessidades e propõem temas mas se queixam de que há pouco engajamento e quase nenhum protagonismo dos profissionais da unidade na identificação de suas próprias necessidades de capacitação. Relatam sobrecarga de trabalho e exaustão o que pode ser relacionado ao foco no cumprimento de metas quantitativas e dessa forma, o processo de formação e a implementação da educação permanente em saúde como estratégia gerencial ficam prejudicados. Há processos de qualificação promovidos pela gestão municipal considerados importantes, mas muitos são avaliados como teóricos/genéricos e pouco práticos o que não contribui para o engajamento dos trabalhadores das unidades. A EPS é considerada portanto, como um importante desafio para a gestores de unidades de APS que demonstram dificuldade na identificação e em sua ativação na unidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Ao vivenciar a EPS no cotidiano do fazer em saúde, gestores e trabalhadores podem interrogar suas práticas, inventar espaços formais e informais de encontros e reconhecer seu protagonismo e potência para a construção de conhecimentos e estratégias coletivas que fazem diferença na produção do cuidado no SUS. A EPS pode portanto, melhorar a qualidade do serviço e a eficácia da equipe. Porém cabe avaliar o quanto a exigência por produções quantitativas em um contexto de sobrecarga de trabalho, seja pelo gestor ou por qualquer outro trabalhador, dificulta e reserva a EPS a um segundo plano. Nesse contexto, é fundamental fortalecer a cultura de educação permanente nas unidades de saúde, promovendo uma gestão ativa e com perspectiva nas demandas locais, uma vez que a ampliação de espaços internos para troca de saberes podem consolidar o EPS como um processo de gestão contínuo e transformador na Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

- [1] Beck CLC, Prochnow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JT. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. Escola Anna Nery. 2010;14(3):490-5.
- [2] Silva L.A.A, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2017;38(1).
- [3] Cardoso MLM, et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Ciência Saúde Coletiva. 2017;22(5).

PRODUÇÃO DO CUIDADO E NECROPOLÍTICA NO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel¹

Yasmin Victoria Conceição Correia

Giovanna Santana Silva Borges

Talita Miranda Pitanga Barbosa

Fernanda Warken Rosa

Márcio Costa de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS no Brasil, apesar dos avanços significativos no tratamento e na prevenção, permanece intrinsecamente associada às profundas desigualdades sociais do país. Essas desigualdades são alimentadas por fatores estruturais como racismo, pobreza, exclusão social e estigmatização (1), que configuram um panorama de vulnerabilidades que transcende a esfera biomédica (2). Segundo Mbembe (2) em sua teoria da necropolítica, o Estado exerce um controle que decide sobre quais vidas são preservadas e quais são descartáveis, contribuindo para a perpetuação dessas desigualdades (3). Esse conceito é uma extensão da noção foucaultiana de biopoder, que descreve como o poder é exercido sobre as populações através da gestão da vida e da morte.

A relação entre esses determinantes sociais e a dinâmica do HIV/AIDS revela que o acesso aos cuidados de saúde não é apenas uma questão de disponibilidade de recursos, mas também de enfrentamento de estruturas históricas de exclusão e marginalização (4). Essas condições incluem o racismo institucional, a exclusão do mercado formal de trabalho, a marginalização territorial e a violência sistemática, que dificultam o acesso a serviços essenciais, incluindo os de saúde. Dada a complexidade desses fatores, torna-se essencial analisar a articulação entre vulnerabilidades sociais, necropolítica e políticas de cuidado no enfrentamento ao HIV/AIDS.

OBJETIVO

Analisar criticamente os processos de cuidado de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil, considerando as interferências das vulnerabilidades sociais e institucionais sob a perspectiva teórica da necropolítica. Este estudo busca explorar as barreiras estruturais que impactam a experiência de vida e a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), propondo recomendações para a redução das iniquidades em saúde.

METODOLOGIA

O estudo seguiu uma abordagem qualitativa e exploratória, conduzida em uma unidade de referência no atendimento a ISTs e hepatites virais no Nordeste do Brasil. Foram realizadas entrevistas

1 Universidade do Estado da Bahia. E-mail: rmaciel@uneb.br

semiestruturadas com 18 participantes, incluindo usuários do sistema de saúde e profissionais envolvidos no cuidado. A seleção dos participantes considerou a técnica de amostragem por saturação, privilegiando relatos que evidenciassem barreiras no acesso e na continuidade do tratamento. A

s entrevistas foram analisadas com base no método de análise temática de Minayo (5) , organizando os dados em categorias que permitiram identificar as interseções entre racismo, pobreza, estigmatização e acesso aos cuidados de saúde.

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução n.º 466/2012, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (parecer n.º 5.991.828 e CAAE 54898221.4.0000.0057).

RESULTADOS

Os relatos dos participantes destacaram como a infância marcada pela exclusão social, pobreza extrema e violência doméstica configura um ciclo de vulnerabilidades que se perpetua na vida adulta.

[...]“Logo com 12 anos, perdi meu pai, depois perdi minha mãe, então foi uma vida muito triste, passei muita fome na vida.” Entrevistado 1

[...] “Não tava dando mais para conviver com meu pai, ele tava usando crack e não tava dando mais para conviver com ele porque ele tava agressivo.” Entrevistado 7

A população negra relatou experiências recorrentes de discriminação racial e preconceito nos serviços de saúde, o que contribuiu para a fragmentação do cuidado e a desistência de tratamentos. A análise sob a ótica da necropolítica revelou como o Estado brasileiro perpetua um sistema que privilegia determinados corpos em detrimento de outros, evidenciando uma hierarquia de vidas. Políticas públicas insuficientes e a ausência de integração dos cuidados contribuem para a vulnerabilização de populações marginalizadas. A naturalização das desigualdades raciais e sociais é reforçada pelo mito da democracia racial, que deslegitima a experiência histórica de opressão e exclusão vivida pela população negra. Isso é agravado pela ausência de formação crítica dos profissionais de saúde, que frequentemente reproduzem práticas discriminatórias, mesmo que de forma inconsciente (6). Além disso, o biopoder manifesta-se na gestão do acesso ao tratamento, como exemplificado nas dificuldades enfrentadas pelos entrevistados para obter um diagnóstico precoce ou receber atendimento adequado. A negligência estatal, ao priorizar determinadas demandas populacionais em detrimento de outras, reflete um mecanismo sistemático de exclusão que consolida as desigualdades em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A perpetuação das vulnerabilidades sociais no contexto do HIV/AIDS reflete a falência de políticas públicas em enfrentar de forma estrutural as desigualdades sociais. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de um reposicionamento político e teórico que privilegie perspectivas afro centradas e interseccionais, promovendo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Além disso, torna-

se imprescindível a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de reconhecer e combater as dinâmicas de exclusão presentes no sistema, bem como a ampliação de políticas que assegurem um cuidado integral, acolhedor e eficaz.

REFERÊNCIAS

- (1) Maciel KL, Costa L, Lima L, et al. HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. *Rev Cuid.* 2019;10(3):315-324.
- (2) Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições; 2021.
- (3) Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva.* 2012;6(2):151-163.
- (4) Koirala S, Karki S, Aung T, et al. Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia— A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. *PLoS One.* 2017 May;12(5):e0177355. doi: 10.1371/journal.pone.0177355,
- (5) Minayo MO. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2012.
- (6) Foucault M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1976.

PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA COSTA RICA: UMA REVISÃO QUALITATIVA

Manoel Louzado Barreto Neto¹

Clara Aleida Prada Sanabria

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Costa Rica é um país latino-americano que, com uma população de 5,2 milhões em 2023 e uma força de trabalho de 2,4 milhões de pessoas, possui um sistema de saúde altamente reconhecido por sua cobertura universal e foco na atenção primária. O modelo costarriquenho inclui a integração de serviços de saúde pública e privada, com destaque para o Fundo Costarriquenho de Seguro Social (CCSS), que oferece cobertura a trabalhadores, pensionistas e até pessoas em situação de vulnerabilidade social, ampliando a acessibilidade à saúde. No sistema de saúde da Costa Rica existe um programa estruturado para o controle do câncer de colo de útero. Este câncer é responsável por uma parcela significativa de mortes no país, apesar dos esforços do governo e das políticas públicas voltadas para a sua prevenção. Em 1960, a Costa Rica estabeleceu o Plano Nacional de Detecção de Câncer Cervical, com a implementação do exame de citologia cérvico-vaginal, o que contribuiu para uma redução significativa da mortalidade e da incidência de câncer invasivo ao longo das décadas¹. No entanto, mesmo com essas conquistas, existem desafios significativos, como desigualdades no acesso ao rastreamento e à vacinação contra o HPV, especialmente em regiões mais vulneráveis.

OBJETIVO

Avaliar os avanços e os desafios enfrentados pela Costa Rica no controle do câncer de colo de útero, com ênfase nas políticas de rastreamento e prevenção, e identificar as barreiras que afetam o acesso e a adesão ao exame de citologia cervical.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para este estudo foi a revisão bibliográfica e análise documental, com base em fontes acadêmicas produzidas por instituições nacionais e agências internacionais, com foco em materiais de caráter normativo. Foram incluídos, entre os documentos analisados, artigos, políticas, normas, legislações e quaisquer outros materiais oficiais que abordam as ações de controle do câncer de colo de útero. A pesquisa envolveu uma análise qualitativa das políticas de saúde públicas no país, especialmente aquelas voltadas para a prevenção e detecção precoce do câncer cervical. Para tanto, foram examinados os avanços do sistema de saúde, as reformas implementadas, como a criação de EBAIS (Equipes Básicas de Atenção Integral à Saúde). Dados sobre a cobertura de saúde, a distribuição regional de casos e a adesão da população ao rastreamento foram também analisados para compreender

1

Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: manoellouzados@gmail.com

as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A revisão incluiu ainda dados epidemiológicos sobre a incidência de câncer de colo de útero e os efeitos das políticas de saúde pública.

RESULTADOS

Os resultados do estudo demonstram que o sistema de saúde da Costa Rica tem obtido sucesso na redução da mortalidade e da incidência do câncer de colo de útero ao longo dos anos, principalmente graças ao Programa Nacional de Detecção de Câncer Cervical e à vacinação contra o HPV. Entre 2000 e 2012, a taxa de incidência de câncer cervical caiu 48%, refletindo a eficácia das políticas implementadas. A cobertura do sistema de saúde, que alcança cerca de 94,9% da população, é um dos principais fatores que contribui para essa redução. A implementação das EB AIS, que oferecem serviços médicos preventivos nas comunidades, tem sido eficaz em aumentar o acesso à saúde, principalmente em áreas remotas e rurais². No entanto, ainda existem desafios significativos. Apesar do avanço, regiões como Chorotega (6,5%), Huetar Caribe (5,9%) e Pacífico Central (5,5%) apresentam altas taxas de mulheres que não realizam o exame de citologia cervical superior à média nacional, evidenciando desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde. Além disso, a adesão ao exame de Papanicolau é especialmente baixa entre mulheres com mais de 45 anos, grupo etário que também apresenta taxas mais altas de câncer invasivo, uma vez que é um grupo com alto tempo de exposição ao vírus e tende a consultar menos por aspectos relacionados à saúde social³. Isso indica uma necessidade urgente de estratégias de conscientização e de melhorias nos serviços de rastreamento para garantir que mais mulheres se submetam ao exame. A análise dos dados também revelou uma correlação entre o aumento da incidência de câncer invasivo e a falta de rastreamento adequado, o que reforça a importância de programas de educação em saúde para informar a população sobre a importância do exame periódico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os avanços obtidos pela Costa Rica no controle do câncer de colo de útero são notáveis, mas o país ainda enfrenta desafios consideráveis, principalmente em relação à desigualdade no acesso ao rastreamento e à prevenção, especialmente em regiões mais vulneráveis. A implementação do exame de citologia cervical tem sido eficaz na redução da incidência e mortalidade do câncer cervical, mas a adesão ao exame precisa ser ampliada, especialmente entre mulheres que estão no climatério e na pós-menopausa. As disparidades regionais, como a alta taxa de mulheres que não realizam o exame em algumas províncias, indicam a necessidade de políticas públicas mais focadas na educação em saúde e na melhoria do acesso aos serviços. O programa de rastreamento cervical é uma estratégia promissora para reduzir ainda mais a incidência da doença, mas é necessário que o sistema de saúde costarriquenho continue aprimorando seus serviços de triagem e expandindo sua cobertura. A redução das desigualdades e a melhoria na adesão ao rastreamento são essenciais para que a Costa Rica continue avançando no controle do câncer de colo de útero, com o objetivo de alcançar uma cobertura universal e eficaz para toda a população.

REFERÊNCIAS

- (1) Sáenz MR, Bermúdez JL, Acosta M. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 jan [citado 2025 abr 20];53(Supl 2):s156-67. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011&lng=es&nrm=iso
- (2) Rojas IQ. The cervical cancer prevention programme in Costa Rica. Ecancermedicalscience [Internet]. 2015 [citado 2025 abr 20];9:578. Disponível em: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.578>
- (3) Santamaría-Ulloa C, Umaña-Sánchez D, Valverde-Manzanares M. Inequidades en la detección temprana del cáncer de cérvix: una realidad en la población. Poblac Salud Mesoam [Internet]. 2022 [citado 2025 abr 20];19(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i19.48122>

PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE (PSA): CONTRIBUIÇÕES NA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O PROCESSO DE CUIDADO NA APS

Mayara Cassimira de Souza¹

Fabiana Schneider Pires

Karla Frichembruder

Daniel Umpierre

Daniela Riva Knauth

Luciana Barcellos Teixeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais de extrema importância para a estruturação, expansão e qualificação das ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Sua atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) é primordial na construção dos vínculos necessários para a produção e continuidade do cuidado às populações atendidas no SUS. Em relação à organização dos processos de trabalho nesse nível de atenção à diretriz da Política Nacional de Atenção Básica¹ direciona a formação de equipes multiprofissionais com responsabilidade em abrangência territorial. Todavia, os ACS enfrentam diversos obstáculos na relação com as equipes de saúde², e fragilidades na formação em sua formação que implicam nos processos de cuidado ofertado na APS³.

Nesse contexto, em 2020 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 3.241 que instituiu o Programa Saúde com Agente (PSA), destinado à formação técnica de ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Uma iniciativa em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), cujo intuito é a oferta de cursos técnicos para agentes de saúde, buscando por meio da formação, ampliar a qualificação e resolutividade da APS (Brasil, 2022).

OBJETIVO

No âmbito do programa Saúde com Agente, se desenvolveu um projeto de pesquisa que abrange avaliar a influência deste nas habilidades e competências dos trabalhadores/estudantes dos cursos técnicos. Sendo assim, o presente estudo buscou compreender o impacto dessa formação técnica, do ponto de vista dos gestores de saúde, na relação com as equipes de saúde e os processos de cuidado no nível do cuidado primário.

METODOLOGIA

O estudo se fundamentou na abordagem qualitativa e integra um projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (parecer

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: mayaracassimira.sc@gmail.com

n.º 5.679.570). Participaram gestores de saúde dos municípios que aderiram ao Programa Saúde com Agente da Região Centro-Oeste do país, e que possuíam ciência e contato com o desenvolvimento do PSA e estavam diretamente ligados à Atenção Primária em Saúde.

Foram desenvolvidas entrevistas semi-estruturadas no período de maio a julho de 2023, durante o período de oferta dos cursos técnicos. Foram realizadas 17 entrevistas com gestores 3 nas capitais e em 7 municípios do interior dessa região. Utilizou-se Análise de conteúdo temático-categorial, com o intuito de estabelecer identificação de padrões recorrentes nos discursos dos entrevistados⁴.

RESULTADOS

A integração multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde é complexa e desafiadora. As dificuldades no relacionamento interpessoal dos ACS com a equipe de saúde da família contribuem para que esses se sintam incompreendidos². Dentre os desafios nas relações de trabalho estão a comunicação interprofissional⁵. A ausência ou insuficiência de comunicação influi na desvalorização de certos profissionais em relação a outros da equipe, e indica vestígios do modelo assistencial médico-centrado.

A análise apontou que a falta de comunicação com os ACS foi caracterizada pelos gestores pela dificuldade desses “serem ouvidos” pela equipe de trabalho, ocasionando um distanciamento nos diálogos com esses no cotidiano.

As entrevistas foram realizadas no período de preceptoria dos cursos técnicos, nos quais os estudantes se encontravam periodicamente com a mediação de um profissional de saúde vinculado a seu território, com a ciência e/ou participação dos gestores da APS. Nesses momentos, de acordo com a gestão, os ACS puderam compartilhar não apenas os conhecimentos fomentados pelos cursos técnicos, mas seus desafios e perspectivas no processo de cuidado às populações.

A partir desses relatos, foram destacados duas situações: o acompanhamento dos gestores no momento da preceptoria permitiu que esses se aproximassem das diversas realidades e desafios vivenciados pelos ACS, o que possibilitou que a gestão reconhecesse suas singularidades; e, que na preceptoria se estabeleceu um espaço de maior diálogo entre todos os envolvidos (ACE, enfermeiros(as), gestores), permitindo a integração de saberes, o reconhecimento do trabalho um do outro e a complementaridade de suas atuações nos processos de cuidado nos territórios.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A organização do trabalho das equipes da ESF deve propiciar uma comunicação profícua entre seus profissionais, isso favorece o fortalecimento de processos de trabalho para uma produção de cuidado mais efetiva, que considere as vivências de cuidado por estes.

Os discursos dos gestores de saúde que acompanharam os cursos técnicos em seu território elencaram que a formação do PSA contribui para um maior diálogo com os ACS, assim como o

reconhecimento de sua atuação. Os momentos de preceptoria foram cruciais para fomentar reflexões quanto à comunicação interprofissional estabelecida entre os profissionais das equipes de APS com os agentes de saúde. Esse cenário demonstra que propiciar espaços comuns de diálogo com os ACS é fundamental para compreender seu papel, suas diversas situações de cuidado e aprimorar o processo de trabalho desenvolvido por estes.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Portaria GM/MS nº 3.421, de 07 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União 2020; 07 dez.
- (2) Nunes RZS. et al. Entre o sofrimento e a saúde: considerações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rev APS. 2022;25(1).
- (3) Chuengue APG, Franco TB. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. Physis. 2018;28(4):e280423.
- (4) Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev UERJ. 2008;569-576.
- (5) Prado CLSR et al. Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. Saúde Soc. 2023;32(Suppl 2):e220823pt.

PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS: A ABORDAGEM DAS DIFERENÇAS E DAS EMOÇÕES POR MEIO DE ESTRATÉGIAS LÚDICAS

Isabela Gutz Cunha Carvalho¹

Bianca Oliveira de Simoni

Milena de Lima Martins

Gustavo Antonio Raimondi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil⁵, as instituições pedagógicas devem promover atividades educacionais que contemplem as crianças em seus aspectos emocionais, cognitivos, físicos e sociais. Dessa forma, foram realizadas, em uma escola estadual, dinâmicas em grupo baseadas no Modelo Radical da Educação em Saúde⁶, no qual a construção de conhecimento se dá por meio de trocas dialógicas e reflexivas entre os sujeitos. Tais atividades ocorreram ao longo de três semanas, com três visitas diferentes à instituição, e as crianças do primeiro ao quarto ano do Ensino Fundamental I puderam participar.

Conforme solicitado pelas diretoras da escola, os assuntos abordados foram o respeito às diferenças e maneiras de lidar melhor com as emoções. Foi destacada pela direção a necessidade que os alunos sentiam de ter esses assuntos abordados, pois, como relatado, inúmeros eram os casos de pré-adolescentes que estavam enfrentando problemas psicológicos, bem como estavam muito altos os casos de bullying entre os colegas, devido às diferentes características físicas, sociais e culturais entre eles. Sendo assim, ficou evidente que a saúde mental era um tema que precisava ser trabalhado nesse local, assim como em muitas outras instituições de ensino na atualidade.

OBJETIVO

Compartilhar ações desenvolvidas por três estudantes de medicina de uma universidade federal em Minas Gerais, no ano de 2024, em consonância com o Programa Saúde nas Escolas, o qual objetiva promover a saúde no ambiente escolar, por meio de estratégias que percebam as crianças como sujeitos biopsicossociais.

METODOLOGIA

Foram realizados três encontros temáticos, enfocando, no primeiro, o “respeito às diferenças” e, no segundo, “como lidar com as próprias emoções”, tendo como estratégia principal em todos eles a gamificação, de forma que os alunos do Ensino Fundamental I aprenderam sobre a saúde mental de maneira lúdica e interativa.

¹ Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: isabela.gutz@ufu.br

Na primeira atividade foi realizada uma divisão aleatória dos grupos e foi pedido para que eles desenhassem uns aos outros, com o objetivo de reconhecerem suas características que os tornam únicos. Tal atividade foi importante porque por meio do reconhecimento das suas características e das características dos colegas os alunos puderam reconhecer o que há de especial em cada um.

No segundo dia foi realizada uma brincadeira de mímica com as principais emoções (alegria, raiva, medo, nojo e tristeza) e eles deveriam identificá-las e dizer como lidar com cada uma. Nesse momento, as crianças compartilharam suas experiências com tais emoções, relatando situações nas quais eram arrogantes com suas famílias, com os colegas, entre outros relatos, e puderam, juntas, construir uma nova maneira de lidar com esses sentimentos.

No último encontro foi feito o “Varal do Amor”, no qual os alunos expressaram, através de desenhos e mensagens, suas percepções sobre o conteúdo trabalhado. Os desenhos formaram um varal e foram pendurados nas janelas de cada sala. Alguns dos escritos foram: “eu aprendi a lidar com as emoções”, “cada um tem seu jeito especial de ser” “aprendi bastante coisa, mas o que eu aprendi mais foi a respeitar o colega...”, mostrando que o objetivo havia sido cumprido e que eles haviam construído e compartilhado conhecimentos sobre a saúde mental.

É importante ressaltar que não foi adotado um modelo de transmissão vertical de conhecimento, uma vez que as discentes atuaram como facilitadoras do processo, auxiliando as crianças a explorarem suas capacidades.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações realizadas tiveram impacto na formação das discentes e das crianças envolvidas, uma vez que permitiram observar a importância do trabalho coletivo e da ludicidade na promoção da educação em saúde. O *feedback* dos professores foi que houve melhora no comportamento das crianças, indicando que as estratégias adotadas facilitaram a compreensão dos conceitos e potencializaram o protagonismo dos participantes na produção de conhecimento. Foi relatado pelos profissionais da escola que as crianças estavam mais calmas, pacientes e estavam mais cordiais umas com as outras, comportamentos que foram muito trabalhados nos encontros. Espera-se, assim, que o relato inspire outras ações, em diferentes escolas, igualmente comprometidas com o PSE.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. Brasília, DF: MEC/SEB; 2010.
- (2) Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005 [acesso 2025 abr. 2]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/23558>

PROJETO INTEGRADOR COMO PARADIGMA DA FORMAÇÃO MÉDICA INTEGRAL: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, INTERSECIONALIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL

Rafaela Matera¹

Alessandra Bento Veggi

Cristiane de Oliveira Novaes

Thiago Tomas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação médica contemporânea exige mais do que o domínio técnico-científico: requer o desenvolvimento de uma consciência crítica capaz de compreender a saúde como um direito em disputa e como resultado das condições sociais, econômicas, ambientais e políticas em que os sujeitos vivem [1,2]. Alinhado às Diretrizes Curriculares Nacionais e à Resolução CNE nº 7/2018 [6], o Projeto Integrador do 5º período de medicina articula ensino, pesquisa e extensão, propondo uma abordagem interdisciplinar centrada na realidade dos territórios e na construção coletiva do cuidado. A metodologia valoriza a Aprendizagem Baseada em Projetos (ABPj) [1], com inserção direta dos estudantes em cenários do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a análise crítica dos determinantes sociais da saúde e o enfrentamento das desigualdades [3,4].

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implementação do Projeto Integrador no 5º período do curso de Medicina, evidenciando sua contribuição para o desenvolvimento de competências clínicas e sociopolíticas, para a construção de uma formação humanizada e para o fortalecimento da responsabilidade social dos futuros médicos. Busca-se, ainda, refletir sobre como o projeto opera como uma resposta educacional aos desafios colocados pelos determinantes sociais da saúde, especialmente nas dimensões de gênero, raça, classe e território.

METODOLOGIA

O Projeto Integrador constitui uma proposta pedagógica inovadora sustentada pelas disciplinas Ensino-Serviço na Comunidade (IESC V), Humanidades Médicas e Profissionalismo (HMP V) e Metodologia de Pesquisa e Extensão (MPE V), ancorada na Aprendizagem Baseada em Projetos (ABPj) como eixo metodológico [1,5]. Essa abordagem visa integrar teoria e prática na formação médica, fortalecendo o compromisso ético-político com a justiça social, a equidade em saúde e a qualificação do cuidado na

Atenção Primária à Saúde (APS) [2,4,5]. As atividades são desenvolvidas a partir de problemáticas

1 Universidade Estácio de Sá. E-mail: rafaellasmatera@gmail.com

reais do território, com ênfase em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), saúde do adulto, do homem e do trabalhador, além de diversidade e vulnerabilidades sociais. Em campo, os estudantes atuam em Clínicas da Família, onde realizam a identificação de fatores de risco, planejamento de ações educativas e elaboração de estratégias de intervenção em saúde. Paralelamente, produzem materiais informativos, simulações de casos clínicos, relatos de experiência e artigos científicos, como forma de fortalecer a autonomia, o pensamento crítico e o protagonismo estudantil. A abordagem rompe com o modelo pedagógico tradicional, centrado na transmissão verticalizada de conteúdo, ao posicionar o professor como mediador do conhecimento e o estudante como sujeito ativo na construção do cuidado. Ao articular saberes biomédicos, populares e contextuais, o projeto promove uma prática clínica integral, situada nas dimensões socioculturais e econômicas da vida dos usuários, reconhecendo os determinantes sociais da saúde como estruturantes do processo de adoecimento [2,3]. A integração com a Medicina Baseada em Evidências (MBE) amplia a capacidade analítica dos estudantes frente à complexidade dos problemas de saúde coletiva, possibilitando a construção de propostas fundamentadas tanto na literatura científica quanto nas realidades locais. Nesse sentido, os projetos desenvolvidos abordam desde a promoção de hábitos saudáveis até o enfrentamento de inequidades de acesso, violências de gênero e racismo institucional, reafirmando a centralidade da responsabilidade social na formação médica [3,5]. A experiência também evidencia a relevância das competências relacionais — como empatia, escuta qualificada, comunicação não violenta e trabalho em equipe — para a efetivação de um cuidado humanizado e culturalmente sensível [3]. A disciplina HMP V, ao focar a saúde do trabalhador e os aspectos psicossociais da clínica, colabora para desconstruir visões reducionistas e tecnocráticas da prática médica, aproximando os futuros médicos das realidades vividas por grupos historicamente marginalizados [2,3]. A MPE V, por sua vez, estimula a curiosidade investigativa e a capacidade de sistematizar o conhecimento produzido no campo, favorecendo a produção científica com impacto social. Já a IESC V reforça o papel da universidade como agente de transformação social, ao inserir os estudantes em territórios marcados por desigualdades, fomentando o compromisso com a defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais [4,5]. Essa formação crítica e situada, promovida pelo Projeto Integrador, está alinhada às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014) e à Resolução CNE nº 7/2018 [6], que estabelece a curricularização da extensão como elemento obrigatório da formação universitária. Ao privilegiar o diálogo entre ensino, pesquisa e extensão, o projeto reafirma a indissociabilidade entre conhecimento científico, compromisso ético-político e transformação da realidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Projeto Integrador consolida-se como um paradigma de formação médica integral, crítica e comprometida com a transformação social. Ao articular o desenvolvimento de competências clínicas, éticas e políticas, a proposta contribui para a

formação de profissionais sensíveis às desigualdades e preparados para atuar nas redes de atenção integral à saúde. Essa experiência reforça a necessidade de consolidar modelos pedagógicos baseados

na extensão crítica, no cuidado de base territorial e no enfrentamento das múltiplas determinações que moldam o processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- [1] Faria R, Ferreira A, Azevedo J, et al. Aprendizagem Baseada em Projetos na formação em saúde: contribuições para a integralidade do cuidado. *Interface*. 2021;25:e200668. doi:10.1590/interface.200668
- [2] Andrade AM, Silva SS, Barbosa MA. Formação médica e atenção primária: reflexões sobre o cuidado integral. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1):e016. doi:10.1590/1981-5271v44.1-20190237
- [3] Souza V, Gomes R. Competência cultural e educação médica: análise da produção científica brasileira. *Physis*. 2022;32(2):e320203. doi:10.1590/S0103-73312022320203
- [4] Teixeira CF, Paim JS, Silva LMV. SUS: modelos assistenciais e a formação profissional. *Saúde Debate*. 2020;44(1):21-33. doi: 10.1590/010311042020E102
- [5] Ferreira J, Oliveira LC, Nunes N. Curricularização da extensão e formação médica: desafios e possibilidades. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(3):e149. doi: 10.1590/1981-5271v46.3-20210384
- [6] Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Institui as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regula a sua implementação nos cursos de graduação. *Diário Oficial da União*. 2018 dez 19; Seção 1:49.

PROJETO PACTO PELA JUVENTUDE: TRANSFORMAÇÃO SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

Larissa Corrêa de Oliveira¹

Bruna de Oliveira Bizarro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Pacto pela Juventude é uma iniciativa da Secretaria Especial da Juventude Carioca (Juv-Rio) em parceria com a UNESCO, que beneficia, por ciclo, 600 jovens cariocas de 15 a 29 anos em situação de vulnerabilidade social. O programa visa à formação de líderes territoriais, promovendo cidadania e protagonismo juvenil por meio de trilhas formativas em Cultura, Esporte e Sustentabilidade, adaptadas às realidades locais.

Além de estimular a inclusão socioeconômica, o Pacto fortalece redes comunitárias e fomenta a participação juvenil em processos decisórios. Reconhecido como a maior política pública para a juventude na América Latina, o programa já beneficiou diretamente 1.982 jovens desde a sua formação, e está alinhado à Agenda 2030 da ONU e aos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), reforçando seu compromisso com um futuro mais inclusivo e sustentável. Ao investir na juventude como agente de mudança, o Pacto se consolida como um espaço de formação cidadã, impulsionando novas lideranças e fortalecendo comunidades.

Este relato de experiência analisa as estruturas institucionais, educacionais e de produção de saúde do projeto, à luz da subjetividade produzida, saúde coletiva e direito à cidade. Investiga-se o Pacto como dispositivo produtor de linhas de fuga, articulando-o à sua dimensão de produtor de saúde.

OBJETIVO

O estudo analisa as relações entre o projeto, a produção de subjetividade e a importância dos vínculos territoriais nesse processo. Buscando evidenciar como essas experiências fortalecem os vínculos sociais e possibilitam novas formas de pertencimento, cuidado e saúde coletiva. Ao considerar os atravessamentos entre juventude e políticas públicas, destaca-se a potência dessas redes na ampliação do direito à cidade e na promoção de práticas de bem-estar comunitário e a transformação social.

METODOLOGIA

Ao longo dos ciclos do Pacto pela Juventude, as interações juvenis constroem redes de significados e práticas que desafiam modelos educacionais normativos, evocando o conceito de linhas de fuga (1). No contexto do projeto, essas dinâmicas viabilizam a formação de redes de apoio autogeridas, questionam situações tradicionais e promovem soluções coletivas e horizontais. Assim, as práticas de

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: larissaolivv16@gmail.com

resistência reconfiguram territórios existenciais e geram arranjos sociais que afirmam a multiplicidade e a diferença. Sob a ótica cartográfica (2, 3), tais dinâmicas são captadas em sua processualidade, evidenciando a fluidez dos modos de subjetivação.

Dessa forma, o Pacto pela Juventude se consolida como um dispositivo que ultrapassa a lógica institucional tradicional, ao permitir que os jovens sejam protagonistas na construção política de seus territórios e de suas próprias narrativas. As aprendizagens se dão de forma coletiva e situada, desafiando a transmissão unidirecional do conhecimento (4). Os jovens reinterpretaram temas como cultura, sustentabilidade e direitos humanos a partir de suas realidades territoriais, subvertendo paradigmas tradicionais.

A produção de cuidado e saúde, assim como a valorização da comunidade e do convívio social, são dimensões centrais para o fortalecimento dos vínculos territoriais e para a criação de linhas de fuga. Essas dinâmicas estão relacionadas à noção de ecologia social, que enfatizam a interdependência entre assuntos, territórios e contextos sociais (5).

O território, portanto, não se reduz a um suporte físico, mas se constitui por múltiplas dimensões, articulando dominação, apropriação e significados simbólicos que perpassam as relações sociais e culturais. Haesbaert (6) ressalta que qualquer ação transformadora deve considerar essa multiplicidade territorial: ou se trabalha com essa complexidade, ou não se alcança mudanças efetivas. Assim, reconhecer o território em sua multiplicidade significa entendê-lo não apenas como um espaço geográfico delimitado, mas como um campo de disputas, afetos e vivências que se estruturam e ressignificam continuamente.

A partir dessa perspectiva, o direito à cidade surge como uma reivindicação essencial para a democratização do espaço urbano. Esse direito implica não apenas o acesso pleno aos recursos urbanos, mas também a participação ativa na construção de territórios mais justos e inclusivos (7). No entanto, a produção social do espaço urbano não ocorre de maneira homogênea. Pelo contrário, é atravessada por relações de poder que determinam quem pode usufruir dos direitos urbanos e em que condições.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Embora este estudo sobre o Pacto pela Juventude ainda não se configure como um projeto de pesquisa científica, suas reflexões, baseadas em relatos de experiência, evidenciam sua relevância como campo da psicologia social e educacional. Ao disparar linhas de fuga, o projeto amplia a reinvenção dos jovens em seus territórios e redes de convivência, impulsionando processos de subjetivação que desestabilizam normas e fomentam novas formas de existência, mais politizadas e produtoras de saúde. O Pacto vai além da contestação aos modelos educacionais tradicionais, tornando-se um espaço de resistência e criação que valoriza a multiplicidade e a diferença. Sua potência reside na articulação de saberes e experiências locais e na construção coletiva. Nesse movimento, opera como uma linha de fuga ao tensionar estruturas hegemônicas e reafirmar a educação como um processo vivo, situado e transformador, atravessado por processos de subjetivação e pelo compromisso com a saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1996.
- (2) Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; 2011.
- (3) Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015.
- (4) Souza SJ, Kramer S. O debate Piaget/Vygotsky e as políticas educacionais. Caderno de Pesquisas. 1991.
- (5) Guattari F. As três ecologias. Campinas: Papirus; 1990.
- (6) Haesbaert R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. Porto Alegre; 2004.
- (7) Lefebvre H. O direito à cidade. São Paulo: Centauro; 2001.

PROJETO VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS E A ARTICULAÇÃO EM REDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ

Beatriz Malheiros Brito¹

Felippe de Oliveira Cezário

Hugo Costa de Souza

Ianê Germano de Andrade Filha

Norberto dos Santos Junior

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A cidade de Niterói possui uma população de 481.749 pessoas e está localizada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. No ano de 2024, o município apresentou 1200 casos de violência interpessoal, dos quais 960 (80%) (Tx 35,7/10.000) foram em mulheres em situação de violência. Dentre esses casos, há uma reincidência de 68,2%, sendo os homens, 75,4% dos agressores [1]. Já as violências autoprovocadas apresentaram, no ano de 2022, um total de 344 casos em Niterói, sendo 47% composto de reincidências [1]. Os casos de violência apresentam um comportamento de aumento ano a ano desde 2011.

Frente ao cenário acerca dos dados de violência e o alto percentual de casos reincidentes, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, por meio da Coordenação de Vigilância em Saúde e do Departamento de Supervisão Metodológica, inauguraram o Projeto Vigilância das Violências buscando responder ao aumento dos casos de violência. Tal projeto reúne, para além das unidades da Rede de Atenção à Saúde, unidades da rede intersetorial (Conselhos Tutelares, Fundação Municipal de Educação, Secretaria de Assistência Social, Secretaria Municipal das Mulheres e ONG's). A partir das reuniões do referido projeto, há encaminhamentos e devolutivas para os pontos da rede de enfrentamento e atendimento das situações de violência no sentido de dar maior efetividade para a vigilância em saúde e linha de cuidado dos casos.

OBJETIVO

Definir estratégias de vigilância e enfrentamento às violências no âmbito da Rede de Atenção à Saúde e da intersetorialidade no município de Niterói.

METODOLOGIA

O Projeto de Vigilância das Violências ocorre nas reuniões trimestrais em cada uma das oito regiões de saúde no município, reunindo pontos da rede intra e intersetorial da saúde. As reuniões se dão em formato dialógico e participativo dos integrantes, onde cada um apresenta suas dúvidas, propostas, devolutivas e encaminhamentos. No momento das reuniões, ocorre sensibilização da

1

Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Email: psi.beatrizmalheiros@gmail.com

rede de atendimento e enfrentamento de violência orientada para a sensibilização da identificação das situações de violência e sua respectiva notificação para a Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói, além do reforço e entendimento da linha de cuidado específica para cada população, criança e adolescente, mulher e idoso. Ademais, fluxos específicos para os casos de violência sexual e autoprovocada também são sempre endossados. Essas reuniões propiciam a identificação de nós críticos na rede, as medidas cabíveis e os responsáveis em solucioná-los a fim de que a linha de cuidado e o fluxo da vigilância em saúde sejam resolutos. Outrossim, os pontos da rede intra e intersetorial demandam pautas para a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG) e o Departamento de Supervisão Metodológica (DESUM). A exemplo, pode-se elencar a elaboração de boletins informativos sobre o perfil epidemiológico da violência segundo ciclo de vida da população residente de Niterói, solicitação de maior participação dos conselheiros tutelares nas reuniões, maior interlocução com as instâncias da Justiça e com a Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM).

A respeito das devolutivas, a COVIG e o DESUM trouxeram de resultados para as reuniões regionais do projeto: a elaboração do documento que oficializará a linha de cuidado em violência e o fluxo da vigilância em saúde dos casos após a publicação da portaria municipal, a construção e apresentação de 3 boletins epidemiológicos sobre o perfil da violência em Niterói, maior adesão dos conselheiros tutelares, ampliação das unidades notificadoras de casos de violência (a Sala Lilás, o Centro de Atendimento de Especializado de Atendimento da Mulher, o Ambulatório LGBTQIA+, o Núcleo de Atendimento à Criança e ao Adolescente, os Conselhos Tutelares – CT's, o Centro de Cidadania, os ambulatorios de saúde mental, os CRAS e os CREAS não notificavam ou notificavam muito abaixo do esperado os casos de violência). Aproximação com a DEAM, com a Vara da Infância, da Juventude e do Idoso da Comarca Niterói, e com o Ministério Público (MP). Inclusive, a aproximação com a dita Vara e com o MP originou a notificação dos casos de violência por parte dos CT's e ainda a articulação do encaminhamento dos casos de violência em idosos para o MP.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Por fim, vislumbra-se que o Projeto de Vigilância das Violências apresenta resultados importantes para a detecção, acolhimento, monitoramento, encaminhamento e resolução de casos de violência em Niterói, afinal, sua potencialidade reside justamente na articulação em rede de vários atores de dentro e fora do setor saúde imbricados na condução das situações de violência, compartilhando conhecimentos, responsabilidades e dialogando projetos de enfrentamento das situações de violência no município.

REFERÊNCIAS

- (1) Niterói. Fundação Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2022;4(2). Disponível em: <https://sig.niteroi.rj.gov.br/portal/apps/sites/#/repositorio/documents/557467b95e694bbaa6ec0f542987aecf/explore>.

PROMOÇÃO EM SAÚDE DIRECIONADA AO AUTOCUIDADO NO MARÇO LILÁS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES DA TERAPIA OCUPACIONAL

Beatriz Prado Braz Staut¹

Camila Moraes

Derivan Brito da Silva

Fernanda Capella Rugno

Léia Noguti

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Março Lilás é uma campanha do Ministério da Saúde para a conscientização e o combate ao câncer de colo de útero (HPV). Essa ação visa incentivar a prevenção por meio do exame de Papanicolau (exame preventivo), a adesão à vacinação e a educação em saúde sobre os sinais e sintomas provocados pelo tumor. [1] As campanhas também estimulam uma rotina de saúde envolvendo o autocuidado e o gerenciamento e manutenção da saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o autocuidado é entendido como a forma estabelecida pela população para manter a própria saúde. É um conceito abrangente que envolve questões fundamentais, como por exemplo a higiene geral e pessoal. [2] Sob a ótica da Terapia Ocupacional (TO), esse termo é descrito com base na perspectiva do desempenho ocupacional em diferentes áreas de ocupação do indivíduo; autocuidado refere-se às atividades orientadas ao cuidado da pessoa com o próprio corpo. [3] Logo, as residentes de Terapia Ocupacional (TO) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), lotadas num município da região metropolitana de Curitiba, realizaram uma ação de promoção em saúde para a campanha Março Lilás, na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS) do território em que atuam.

OBJETIVO

Relatar a realização de uma atividade de promoção à saúde sobre a sensibilização do autocuidado para usuárias da UBS no dia da ação Março Lilás.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por pós-graduandas de TO do PRMSF da UFPR. Para a ação, foi confeccionado um desenho de útero em EVA, na cor lilás, que ficou disponível no painel da recepção da UBS. A ação envolveu 9 etapas, sendo elas: 1) Ambientar os pacientes em relação aos profissionais e a ação de autocuidado; 2) Apresentar informações sobre o câncer de colo de útero e o autocuidado; 3) Explicar o que é autocuidado na perspectiva da Terapia

1

Universidade Federal do Paraná. E-mail: beatrizstaut98@gmail.com

Ocupacional; 4) Citar exemplos de autocuidado; 5) Incentivar a reflexão das usuárias sobre as suas atividades de autocuidado; 6) Propor as usuárias o desafio de pensarem em ao menos uma atividade voltada ao seu autocuidado; 7) Sugerir que as usuárias escrevam a atividade em uma papel e caso houvesse alguma dificuldade, as residentes iriam transcrever suas palavras; 8) Fixar o papel com a atividade de autocuidado no painel onde se encontra o útero de EVA; e 9) Finalizar a ação informando sobre a importância de atividades significativas para a prevenção de problemas de saúde.

RESULTADOS

Por conta das limitações de infraestrutura da UBS, as usuárias que queriam fazer a coleta de preventivo precisavam chegar na unidade até às oito e meia da manhã, pois a ação foi realizada em um sábado e a unidade permaneceu aberta somente até às treze horas da tarde. Desta forma, o número de participantes foi limitado, totalizando quatorze mulheres presentes na recepção enquanto aguardavam a coleta do exame. A ação gerou dúvidas e inquietações sobre o processo saúde-doença-cuidado, mas mesmo com esses sentimentos todas as usuárias presentes participaram e interagiram com as residentes. Foram feitos questionamentos sobre autocuidado e o compartilhamento de seus cotidianos; as residentes realizaram o acolhimento e escuta ativa neste momento. As respostas das usuárias, em relação aos tipos de atividades de autocuidado que desejam realizar, envolveram a prática de esportes e exercícios, a leitura de livros, o planejamento de viagens, o lazer, a realização de banhos relaxantes, o cuidado com a aparência e a mudança de rotina.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Percebeu-se a importância de ações de promoção à saúde realizadas pela Terapia Ocupacional na sala de espera da UBS, por possibilitarem a troca e comunicação entre as usuárias e a equipe de saúde, promovendo multiplicidades de sensações, processos reflexivos e novas formas de atuar no território. Ademais, durante a ação do Março Lilás, notou-se que muitas usuárias negligenciaram o autocuidado devido às triplas jornadas de trabalho e por suas rotinas serem estruturadas conforme o cotidiano de seus familiares, minimizando o seu autocuidado para o cuidado do outro e do lar. [4]

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Março Lilás: mês de prevenção ao câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: Instituto Benjamin Constant; 2024.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Autocuidado em saúde: estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autocuidado_saude_literacia_condicoes_cronicas.pdf.
- [3] Castanharo RCT, Wolf LDG. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. Cad Ter Ocup UFSCar. 2014;22(1):175-86.
- [4] Associação Americana de Terapia Ocupacional. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo. 3. ed. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015;26(3):581-91. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/106259>.

PROPORÇÃO DE USUÁRIO QUE POSSUEM REGISTRO DE MATRICIAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E AMBULATORIAL

Bruno Marinho da Silva¹

Thaiane Bruna da Cruz Diomedee

Ana Laura Salomé Lourencetti

Carlos Alberto dos Santos Treichel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída pela atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório e atenção hospitalar e propõe que esses serviços trabalhem de forma articulada e integrada¹. Entretanto, parte dos indivíduos atendidos em serviços especializados de saúde mental podem não possuir registros de suas necessidades em saúde mental na atenção primária².

No Brasil, desde o ano de 2008 vem sendo implementado um modelo de cuidado compartilhado conhecido como apoio matricial, que busca como um dos seus objetivos ajudar na integralidade e articulação entre os serviços de saúde primários e serviços de saúde especializada².

Apesar da dificuldade de usuários de serviços de saúde mental em manter a continuidade de cuidados prestados pela atenção primária⁴, o cuidado compartilhado contribui no encaminhamento adequado dos usuários para os serviços especializados e, além disso, promove uma melhora no acesso à atenção primária⁴. Reforça-se, portanto, a importância dessa prática para a aproximação, integração e colaboração entre os diferentes níveis de atenção à saúde presentes na RAPS.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo principal identificar a proporção de usuários acompanhados por serviços ambulatoriais e comunitários de saúde mental que apresentavam registro de ações de matriciamento nos respectivos prontuários clínicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, baseado em documentos, conduzido entre os meses de outubro e dezembro de 2024 com todos os usuários ativos dos serviços ambulatoriais e comunitários de saúde mental do município de Itatiba-SP, a saber: ambulatório de especialidades, Centro de atenção psicossocial II e Centro de atenção psicossocial álcool e drogas. A presença de registro de matriciamento foi investigada para os 12 meses que antecederam a coleta. Estatística descritiva foi empregada para apresentação dos resultados obtidos. O estudo foi devidamente aprovado por um Comitê de Ética credenciado e recebeu a dispensa de uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

1 Universidade de São Paulo. E-mail: brunomarinho@usp.br

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por um total de 1549 usuários, sendo que a maioria era do gênero feminino, representando um total de 58,2%; faixa etária média dos participantes foi de 46,1 anos, com um desvio padrão de 15,9 anos. Dentre os usuários, 981 estavam sendo atendidos no ambulatório de especialidades, 278 no Centro de atenção psicossocial II e 290 no Centro de atenção psicossocial álcool e drogas. A partir da análise, foram observados registros de matriciamento em 21,7% dos casos, havendo diferenças significantes do ponto de vista estatístico ($p = <0,001$) quanto à distribuição dessa prática entre os serviços: 21,4% no ambulatório, 12,9% no Centro de atenção psicossocial II e 31% no Centro de atenção psicossocial álcool e drogas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O uso do apoio matricial tem se mostrado uma estratégia interessante para aumentar a colaboração e a integração entre os serviços de atenção primária e serviços especializados. De acordo com os achados deste estudo, o uso do matriciamento parece variar consideravelmente de acordo com o tipo de serviço, sendo que o Centro de atenção psicossocial álcool e drogas demonstrou ser o serviço onde o matriciamento é mais frequentemente registrado, enquanto o Centro de atenção psicossocial II apresentou a menor frequência desse processo. Nesse contexto, é fundamental que a temática do apoio matricial seja aprofundada para compreender como cada um desses serviços está implementando essa estratégia, quais são as principais dificuldades encontradas e quais são as alternativas que têm sido adotadas para garantir a integralidade do cuidado. A busca por soluções viáveis e eficientes é essencial para promover um atendimento de saúde mental mais contínuo e coordenado.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- (2) Treichel CAS, Bakolis I, Onocko-Campos RT. Primary care registration of the mental health needs of patients treated at outpatient specialized services: results from a medium-sized city in Brazil. BMC. 2021. doi: 10.1186/s12913-021-07127-3
- (3) Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. Int J Ment Health Syst. 2018. doi: 10.1186/s13033-018-0237-8

PSICOEDUCAÇÃO E PREVENÇÃO: O IMPACTO DA EDUCAÇÃO SOBRE O USO DE DEFS ENTRE JOVENS

Marcela Aparecida Alvarez Ferraz¹

Maria Clara Ferreira Silva

Késsia Giovanna Bresques Azarias

Gabrielly Mariane Martins Ribeiro

Gabrielly Cristina Zenovello

Larissa Coelho Sampaio

Carlos Eduardo Carvalho do Prado

Izabela Maria Peresini de Godoi

Dinoélly Rita Maria Paiva

Ana Lúcia De Grandi

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF) são aparelhos alimentados por bateria, disponíveis em diversos formatos e com diferentes mecanismos de ação^[1]. Entre os modelos mais comuns, destacam-se os que se assemelham a cigarros, canetas ou pen drives. Possuem em sua composição aromatizante, solvente e a nicotina, sendo capaz de causar dependência e aditivos que proporcionam diferentes sabores e odores ao aerossol inalado^[2]. Apesar de tornarem o uso dos DEFs mais atrativos, essas substâncias podem liberar compostos potencialmente tóxicos quando aquecidas, aumentando os riscos à saúde, como irritação pulmonar, danos às vias respiratórias e agravamento de problemas respiratórios.

Assim como na década de 1970, marcada pelo crescimento do consumo de cigarros, nos dias atuais os DEFs tornaram-se uma tendência. Muitos jovens associam fumar com algo moderno, legal e divertido^[3]. Esse uso exacerbado está relacionado à influência das redes sociais e do grupo de amizades. O marketing também desempenha um papel significativo, com propagandas e influenciadores promovendo o uso de DEFs como algo positivo, ignorando os danos potenciais à saúde^[4]. O tabagismo, considerado um problema de saúde pública há anos, tem registrado um aumento no número de casos no Brasil, especialmente entre jovens e adolescentes de 15 a 24 anos, o que intensifica a preocupação com o impacto dessa prática^[3, 5].

OBJETIVO

Descrever as ações educativas realizadas em duas escolas de um município no Norte do Estado do Paraná no ano de 2024 pelo projeto de extensão “Atividades de Psicoeducação para Usuários de Substâncias Psicoativas (SPA)”. O objetivo foi conscientizar sobre os riscos associados ao consumo

dos DEFs, promovendo o conhecimento sobre os malefícios dessas substâncias à saúde e estimulando a reflexão dos alunos sobre os hábitos de consumo e as pressões sociais que podem influenciar essa adesão.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, qualitativo e exploratório, por meio de relatos dos acadêmicos embasados em dados da literatura e situações vivenciadas pelo grupo. O projeto de extensão “Atividades de Psicoeducação para Usuários de Substâncias Psicoativas (SPA)” está inserido em uma universidade pública no Norte do Paraná desde 2011, contando com uma professora doutora e pesquisadora, idealizadora do projeto e 22 acadêmicos de todas as séries (1ª a 5ª) do curso de enfermagem. A iniciativa promove a troca de saberes e a mudança de comportamento dos jovens sobre o uso de substâncias psicoativas por meio de atividades educativas e respostas às dúvidas dos estudantes.

A psicoeducação é uma técnica que visa ensinar aos indivíduos sobre sua situação de saúde, fortalecendo a prevenção e desenvolvendo consciência em saúde para uma melhor qualidade de vida^[6]. Dentro dessa proposta, o projeto realizou uma abordagem sobre o tema, conduzida por seus participantes. A ação foi promovida a partir do contato com o diretor de uma escola, que solicitou a atividade devido ao elevado número de alunos que utilizam DEFs sem conhecimento dos riscos associados.

RESULTADOS

O ambiente escolar exerce grande influência sobre os adolescentes e, por isso, pode ser considerado um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Isso se deve ao fato de que os jovens passam grande parte do tempo no ambiente escolar e, na busca por pertencimento a um grupo social, muitos acabam cedendo às pressões externas. Os temas abordados incluíram sobre os malefícios do uso dos DEFs, a importância da prevenção ao uso de substâncias psicoativas e estratégias de promoção à saúde.

Durante as discussões, os estudantes compartilharam experiências e dúvidas sobre o impacto do uso desses dispositivos. Muitos demonstraram desconhecimento sobre a composição desses produtos, acreditando erroneamente que não continham nicotina e, por isso, seriam “mais saudáveis”. Essa percepção equivocada reflete a influência da publicidade e das estratégias de marketing da indústria que frequentemente promove esses dispositivos como uma alternativa ao cigarro tradicional. Outra ideia amplamente disseminada entre os jovens é a crença de que o uso desses dispositivos não leva à dependência. Muitos participantes afirmaram que poderiam interromper o consumo a qualquer momento, sem enfrentar dificuldades. A psicoeducação se mostrou uma ferramenta eficaz na desconstrução de mitos amplamente disseminados pela indústria e incentivando uma postura crítica e informada entre os adolescentes.

A receptividade dos professores foi positiva, pois reconheceram a importância da iniciativa para a prevenção e redução do uso de DEFs entre os jovens. A cooperação entre a instituição de ensino superior e as escolas reforça o papel da extensão universitária como agente transformador, proporcionando benefícios tanto para os acadêmicos envolvidos quanto para a sociedade em geral.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As atividades de psicoeducação desenvolvidas pelo projeto são conduzidas de forma prática e interativa, utilizando recursos que incentivam a troca de ideias e formulação de questionamentos. Esse processo facilita a disseminação do conhecimento, fortalecendo a autonomia dos jovens na tomada de decisão e na conscientização sobre o uso do DEF. Além disso, essa abordagem reforça a conexão entre o cuidado e a educação, permitindo que o aprendizado seja diversificado, construtivo e capaz de reconstruir o conhecimento conforme as necessidades identificadas.

O ambiente escolar é um local privilegiado para a disseminação de informações voltadas a prevenção de agravos, já que é papel da escola ser agente transformador da sociedade e contribuir para o desenvolvimento integral dos estudantes, corroborando com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, no qual a promoção de saúde deve ocorrer de maneira inclusiva e acessível.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Dispositivos eletrônicos para fumar. Rio de Janeiro: Inca; 2022.
- [2] Frizon AB, Trillo MLN, Sousa LAP. Cigarro eletrônico. Revista Eletrônica Acervo Médico. 2022.
- [3] Santos RA, Jesus CS, Markus GWS. A nova faceta do tabagismo: o uso do cigarro eletrônico no contexto da saúde pública. Research, Society and Development. 2022. 11(12):e230111234484.
- [4] Purushothaman V, et al. Análise de conteúdo de vídeos de intoxicação por nicotina (nic ill) no TikTok: estudo retrospectivo de infodemiologia observacional. Jornal de Pesquisa Médica na Internet. 2022. 24(3):e34050.
- [5] Caldas MBM, Silva ACR, Machado PRF. O uso do cigarro eletrônico entre jovens adultos: Curiosidade, dependência ou modismo. Research, Society and Development. 2023. 12(9):e13912943305.
- [6] Foes VFL, et al. Caindo na real: relato de uma experiência de psicoeducação no tratamento da dependência química. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano. 2015. 3(1):61-70.

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE A PARTIR DO APOIO INSTITUCIONAL: A EXPERIÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA/ BRASIL

Ana Ruth Barbosa de Sousa¹

Gianne de Oliveira Rodrigues

Gildlucia Pereira Vieira de Freitas

Maria Izabel Ferreira Sarmento

Matheus Spricido

Roseanny Marques de Queiroga

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Considerando o modelo de atenção preconizado no SUS que se baseia na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), das quais a Atenção Primária à Saúde (APS) é ordenadora e coordenadora do cuidado, tem-se que uma APS fortalecida implica em um sistema de saúde mais efetivo para a população. Para tanto é imprescindível dispor de arranjos que preconizem a incorporação de ferramentas institucionais na relação entre gestores, trabalhadores e usuários, de modo a garantir a integralidade da atenção e efetivação dos atributos da APS. Nesse sentido, o Apoio Institucional (AI) e a Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresentam como estratégias potentes na qualificação do cuidado em saúde [1].

O AI é um dispositivo que pauta inovação de processos de trabalho, por meio do acompanhamento qualificado das equipes e da oferta de estratégias e metodologias indutoras, com o intuito de reorganizar modos de fazer e pensar em saúde [2, 3].

Desde 2024, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) vem desenvolvendo o AI na APS a partir do projeto Rede de Apoio Institucional para qualificação e matriciamento gerencial de trabalhadores e gestores do SUS com foco na regionalização para organização da rede de atenção à saúde (REAP QUALI). Tal projeto visa fortalecer a regionalização das ações e serviços no estado, por meio de uma rede de AI voltada, sobretudo, à realização de processos de EPS.

OBJETIVO

O objetivo do presente relato é compartilhar a experiência do trabalho desenvolvido pelo Apoio Institucional da APS no estado da Paraíba, no período de janeiro de 2024 a janeiro de 2025, a partir das principais percepções dos atores envolvidos, destacando os impactos positivos observados.

1

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. E-mail: anaruthbsousa2@gmail.com

METODOLOGIA

O Apoio Institucional da APS na Paraíba está organizado a partir da descentralização de apoiadores institucionais em cada região de saúde no estado, ou seja, são 3 coordenadoras e 21 apoiadores distribuídos em 16 regiões de saúde. Junto a equipe técnica da respectiva gerência regional de saúde, as ações desenvolvidas pelo AI da APS foram alinhadas às metas e objetivos da Programação Anual de Saúde estadual, e contemplaram desde o fomento a estratégias para aumento da resolutividade na APS, com utilização de ferramentas para levantamento de problemas (diagnóstico situacional) e a instituição de salas de situação regionais para acompanhamento de indicadores de saúde; o fomento a estratégias que de promoção do amplo acesso da população e a qualificação das ações e serviços da APS com foco nas redes de atenção materno-infantil e das pessoas com doenças crônicas; até o estímulo à intersetorialidade para atenção à saúde de grupos específicos pautados nas políticas de equidade em saúde (albinos, população de rua, pessoas em situação de violência, LGBTQIAPN+, população indígena, quilombola, pessoas com deficiência, entre outros).

Para possibilitar a operacionalização das referidas metas e ações propostas, os apoiadores institucionais da APS realizaram visitas técnicas presenciais nos municípios, onde puderam estar junto aos gestores e profissionais das equipes prestando o suporte às principais fragilidades e potencialidades de cada território. Além das visitas técnicas, o AI conduziu diversos momentos de EPS, com a realização de oficinas, minicursos, palestras, reuniões de equipe, entre outros. Foi implementado ainda um espaço permanente de cogestão entre AI e gestão municipal da APS, denominado de DialogaAPS, que através de encontros permanentes possibilitou a discussão e construção coletiva de estratégias de aprimoramento do cuidado em saúde ofertado nos municípios.

Todos os temas abordados em cada ação do AI mantiveram relação direta com as temáticas mais relevantes para a organização e qualificação da APS e das RAS, como por exemplo: novo modelo de financiamento da APS; PEC ESUS/AB; Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); linhas de cuidado na APS (saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, saúde da pessoa com deficiência, saúde mental); vigilância em saúde; trabalho em equipe interprofissional; atuação da eMulti; puericultura; pré-natal do parceiro; planejamento reprodutivo e sexual; suplementação de micronutrientes; programa Bolsa Família; Incentivo à Atividade Física (IAF); avaliação, planejamento e monitoramento em saúde; Programa Saúde da Escola (PSE); imunização e coberturas vacinais, entre outras.

Vale salientar ainda que todas as atividades relatadas foram pautadas no uso de metodologias ativas e crítico-reflexivas, com vistas a potencializar os impactos e a capacidade de transformar práticas de saúde mediante a EPS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência relatada demonstrou que o AI na APS da Paraíba vem desenvolvendo um papel crucial na implementação de estratégias e no acompanhamento das políticas públicas voltadas para a saúde da população paraibana, com ênfase na educação permanente dos profissionais e no fortalecimento

do vínculo com os municípios, contribuindo desta forma com o aumento da capilaridade territorial da atuação da SES/PB junto às regiões de saúde e aos municípios. Foi perceptível, como consequência desta aproximação, o incremento da corresponsabilização e implicação dos gestores e profissionais nos processos e temáticas abordadas nas atividades e movimentos direcionados pelo AI, levando a novos modos de produzir saúde, e qualificando, assim, as práticas de assistência e gestão na APS.

Faz-se, portanto, essencial, a continuidade dessa estratégia para garantia da consolidação e ampliação dos resultados até então alcançados, a fim de contribuir com uma atenção à saúde na Paraíba mais eficaz e resolutiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf.
- (2) Magnago C; França T; Belisário SA. Arcabouço teóricometodológico, funções e efeitos do apoio institucional à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Saúde Sociedade. 2024;33(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6NBCN8K7K9QyYTNg549XrCc/>.
- (3) Martins CP; Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. Interface. 2016;21(60);13-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/g5QhYLCVmhdNkmbkySCTRbC/abstract/?lang=pt>.

QUANDO E PORQUE OCORRE A EVASÃO: UM ESTUDO SOCIODEMOGRÁFICO EM UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE

Brenda Feitosa Lopes Machado¹

Juliana Sampaio

Ricardo de Sousa Soares

Tatiene Correia de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) visa o desenvolvimento de processos formativos baseados na reflexão crítica dos profissionais, com o objetivo de aprimorar habilidades para resolver problemas complexos nos serviços de saúde. A educação permanente em saúde (EPS) expande o modelo tradicional de educação continuada, promovendo uma aprendizagem contínua, integrada aos processos de gestão e cuidado em saúde. [1]

Nesse contexto, a Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB) desenvolveu os Cursos de Especialização e Qualificação em Saúde da Família, com ênfase na atenção materno-infantil, para formar profissionais e gestores da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todos os municípios da Paraíba, visando melhorar a organização das equipes de Atenção Básica (AB) do estado. [2]

A avaliação contínua desses cursos é essencial para compreender seu impacto nos processos de trabalho. A evasão, fator importante nesse contexto, é definida como a desistência do curso sem sua conclusão, com impactos negativos para a formação e atuação profissional, como apontam Prestes [3] e Oliveira [4]. A compreensão dos fatores que levam à evasão é crucial para melhorar a estrutura e o apoio aos participantes, garantindo a permanência e a conclusão dos cursos, contribuindo assim para a qualificação do SUS.

OBJETIVO

Descrever o perfil sociodemográfico de estudantes desistentes de um Curso de Especialização e Qualificação em Saúde da Família do estado da Paraíba, identificando as principais razões para esta evasão.

METODOLOGIA

Este estudo versa sobre a evasão na Turma 1 dos Cursos de Especialização e Qualificação em Saúde da Família, com ênfase no cuidado materno-infantil oferecido pela ESP-PB. Para tanto, utilizou-se uma abordagem quantitativa e qualitativa para analisar os fatores que levaram à desistência

dos/as participantes. A primeira etapa de coleta dos dados consistiu na solicitação à Secretaria do curso de uma lista de estudantes concluintes e não concluintes (reprovados e desistentes) dos cursos. Essa lista foi comparada com o banco de dados sociodemográficos coletados no momento da matrícula dos/as estudantes no curso, foram identificadas inconsistências que foram sanadas com a análise de 162 diários de classe de todas as 18 turmas, abrangendo o período de dezembro de 2022 a agosto de 2023 do curso. Os dados obtidos foram analisados de forma descritiva e interpretativa, embasados na literatura atual sobre o tema.

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde [5] e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da ESP-PB/Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, sob o CAAE: 62217822.6.0000.5186.

RESULTADOS

A análise dos dados revelou que 89 estudantes, correspondentes a 33% do total de 269 matriculados(as), evadiram do curso, com a maioria sendo mulheres (87,6%), de raça parda (57,3%), casadas (52,8%), com filhos (65,1%) e em sua maioria da área de Enfermagem (43,8%). A faixa de renda predominante foi entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00 (30,3%), e a maior parte de religião católica (51,7%).

Os principais motivos para a desistência foram a falta de tempo para se dedicar ao curso (42,1%), o horário inconveniente (31,6%), a necessidade de priorizar outros cursos (24,6%) e a distância do local do curso (24,6%). A literatura aponta que as mulheres frequentemente enfrentam dificuldades para conciliar as responsabilidades domésticas, profissionais e acadêmicas. Jaques [6], destaca que a maternidade e os cuidados familiares são desafios adicionais na continuidade acadêmica, especialmente em cursos presenciais de qualificação e especialização. A dificuldade de conciliar o curso com outras obrigações pode refletir esse dilema constante vivido por muitas mulheres, como demonstrado pelos resultados da pesquisa.

Em relação ao momento das desistências, observou-se um pico foi no início do curso, entre setembro e dezembro de 2022, com 63 desistências (60%). Esse dado está alinhado com os estudos de Sahão [7], que sugerem que a evasão no início do curso está frequentemente relacionada à dificuldade de adaptação, um fator amplamente discutido na literatura sobre educação. O período de adaptação é um divisor, especialmente para aqueles com múltiplas responsabilidades, o que pode ter impactado a permanência das estudantes. Em comparação, a evasão foi menor no meio e no final do curso.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente estudo contribuiu para a compreensão dos fatores que influenciam a evasão em cursos de qualificação e especialização, oferecendo subsídios relevantes para futuras pesquisas, especialmente diante da escassez de estudos que abordem essa temática no contexto dos cursos presenciais. Esta pesquisa configura-se como uma referência inicial importante para o avanço do debate na área.

Além disso, destaca-se a dificuldade em abordar a evasão em cursos presenciais de qualificação e especialização na área da saúde para os pesquisadores, o que reforça a necessidade de ampliar a produção científica nesse campo.

REFERÊNCIAS

- [1] 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: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- [2] Escola de Saúde Pública da Paraíba. Plano de curso: Especialização em Saúde da Família com ênfase na atenção materno infantil. João Pessoa: Secretaria de Saúde da Paraíba; 2022.
- [3] Prestes EMT, Fialho MGD. Evasão na educação superior e gestão institucional: o caso da Universidade Federal da Paraíba. Ensaio: Aval Pol Publ Educ. 2018;26(100):869-89.
- [4] Oliveira CHM, Sousa LMO, Castro FHS, Rocha WNO. Busca dos fatores associados à evasão: um estudo de caso no Campus Universitário da UFC em Crateús. Rev Int Educ Sup. 2019;5:1-23.
- [5] Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- [6] Nascimento DLJ. A trajetória das discentes-mães nos cursos de pós-graduação em ciências contábeis: desempenho, permanência, percepção e desafios [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2023. Disponível em: <http://repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/12728>
- [7] Lima Júnior NCS, Meireles FJ. Mulheres na pós-graduação: desafios e tensões no equilíbrio entre vida acadêmica e pessoal. Estud Pesqui Psicol. 2021;21(2):438-57. Doi: <https://doi.org/10.1590/2175-35392021224238>

QUANDO O CUIDADO ENCONTRA A TERRA: UMA RELAÇÃO ENTRE A TEORIA DE ENFERMAGEM DE MADELEINE LEININGER E A LUTA PELO RECONHECIMENTO DE TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS

Bárbara Franco Quites¹

Julia Marques de Oliveira Santos

Vitória Campos Ferreira de Aguiar

Ana Paula Rodrigues Ferreira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A colonização do Brasil ocorreu através da ocupação territorial, imposição cultural e física sobre povos indígenas e africanos escravizados. Fugindo da violência, muitos destes formaram quilombos, que tornaram-se espaços de resistência com formas autônomas de organização social e política, configurando-se com vínculos de pertencimento, força da ancestralidade negra e com práticas culturais próprias [1].

Os quilombos tornaram-se símbolos de resistência frente a um sistema necropolítico e de cunho epistêmico que ocorre até a atualidade. São coletivos que têm o território como pilar essencial à cultura, e por este motivo utilizam os recursos naturais com consciência ambiental, sendo reconhecidos pela Constituição de 1988 como parte da identidade nacional e com direito à titulação de suas terras [1].

Madeleine Leininger apresenta a interconexão entre a preservação cultural e o bem-estar individual através da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, visto que a cultura molda a visão de mundo dos indivíduos, seus comportamentos e influencia em variados processos de saúde-doença [2]. Portanto, é notório que o desenvolvimento e a preservação cultural dialogam com o cuidado em saúde, pois o território brasileiro apresenta grande diversidade cultural, e tal pluralidade deve ser incorporada ao cotidiano profissional, valorizando distintas crenças, valores e vivências.

OBJETIVO

Propor uma análise acerca do cuidado oferecido para a população quilombola, através de uma análise temporal de dados históricos de sua construção e afirmação histórica e democrática, além de investigar a influência de questões culturais para implementação de um processo de cuidado individualizado.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo Revisão Narrativa de Literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, que possui como objetivo promover reflexões a partir da pergunta norteadora: “A

1 Universidade Federal Fluminense. Email: quitesbarbara@id.uff.br

demarcação de territórios quilombolas têm influência no que tange o cuidado em saúde para essa população?”. Foi escolhido esse modelo de estudo pelo fato de permitir uma correlação entre diferentes referenciais teóricos, ampliando a gama de estudos a serem analisados. As fundamentações conceituais utilizadas para dar ótica ao estudo foram as pesquisas de: Paul E. Little, Gabriela de Freitas Figueiredo Rocha e Vercilene Francisco Dias, devido a equivalência de seus debates para a temática abordada.

A metodologia permitiu uma investigação sobre uma possível conexão entre a demarcação de territórios quilombolas e o cuidado em saúde voltado para essas comunidades, ultrapassando o enfoque biologicista da assistência.

RESULTADOS

O território é definido pela antropologia como “o esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico, convertendo-a assim em seu território” [3], ficando evidente o seu valor enquanto formador de uma identidade populacional.

Quando um território é reconhecido, aquilo que parecia ter caído no esquecimento passa a ser resgatado, levantando outras alternativas de territorialidade [4]. Logo, somente com a garantia legal dessa demarcação, é possível recuperar o valor simbólico de cada área, reconhecendo seu potencial para fortalecer os traços que compõem a identidade e cultura de cada parcela populacional.

É nítido a correlação entre o território e a cultura para as comunidades quilombolas, e é imprescindível debater sobre formas de introduzir esses conceitos para um estabelecimento de um cuidado em saúde integral e eficiente. O direito à expressão cultural está legalmente assegurado pela Constituição Federal de 1988, sendo posteriormente reforçado em diversos instrumentos normativos internacionais. Nessas ferramentas, o papel do Estado é reiterado, sendo-lhe atribuído a responsabilidade de priorizar o estímulo à cultura como um meio de promover o desenvolvimento integral do indivíduo, garantindo participação equitativa da população nas manifestações simbólicas. Esse processo contribui, ainda, para a preservação e valorização da memória dos povos tradicionais [1].

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

É evidente que a luta pela demarcação de territórios quilombolas também faz parte de um embate contra o racismo, que tenta constantemente apagar a ancestralidade negra no solo brasileiro. Fomentar esse movimento social reitera-se como uma prática de cuidado em saúde, entendendo que o racismo é um dos componentes dos determinantes e condicionantes de saúde que afetam diretamente a qualidade de vida dos indivíduos.

Pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, estar ao lado dessas articulações sociais comporta-se como um cuidado em saúde, pois reitera a importância de abordar aspectos culturais na vida do ser humano para o estabelecimento de uma assistência eficaz, considerando

as distintas manifestações de valores e crenças. Portanto, para moldar um cenário de vínculo e diálogo de nível micro e macro, é necessário que existam políticas públicas para ratificar a importância e relevância da vivência, resistência e conhecimento das comunidades tradicionais do país.

REFERÊNCIAS

- [1] Dias VF. Direitos territoriais quilombolas: coletividade e saberes que devemos proteger. Revista Observatório Itaú Cultural. 2023.
- [2] Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985–2011. Esc Anna Nery. 2011;15(4):851–857.
- [3] Little PE. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. Série Antropologia. Brasília, DF: Universidade de Brasília. 2002.
- [4] Rocha GFF. A territorialidade quilombola ressignificando o território brasileiro: uma análise interdisciplinar. e-cadernos CES. 2010.

RASTREIO DE RETINOPATIA DIABÉTICA: UMA AÇÃO INTEGRADA EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE BETIM

Maria Gabriela Prandini Nunes Cota¹

Ana Luiza Veloso Lima

Dalian Cristina Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A retinopatia diabética, condição ocular crônica vinculada à diabetes mellitus, configura-se como uma das principais causas de perda de visão irreversível em adultos. A complexa patogênese da doença envolve fatores como hiperglicemia crônica, disfunção endotelial, inflamação, estresse oxidativo e anormalidades em fatores de crescimento vascular.

A evolução não tratada da retinopatia diabética pode resultar em complicações graves, como o descolamento tradicional de retina, requerendo intervenções cirúrgicas, como a vitrectomia. A compreensão desses mecanismos é crucial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas eficazes. Além disso, o diagnóstico precoce é fundamental, assim como o controle glicêmico para estabilização do quadro(1,2).

A retinopatia diabética afeta 1 a cada 3 pessoas, sendo preciso estratégias específicas de saúde. O cuidado com o paciente diabético é usado para avaliação dos indicadores das unidades básicas de saúde (UBS). Sendo assim, identificou-se uma possibilidade de melhoria nos indicadores de uma UBS do Município de Betim, ao convidar os usuários com para realizar cuidado oftalmológico, de rastreio da retinopatia diabética. A estratégia foi realizada em parceria entre Prefeitura de Betim, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Liga Acadêmica de Oftalmologia da PUC Minas e teve como foco a intensificação do cuidado da pessoa com diabetes e a prevenção da retinopatia diabética(3).

OBJETIVO

Rastrear a retinopatia diabética nos pacientes diabéticos em uma equipe de uma UBS de Betim; qualificar a estratificação de risco para a fila de espera para consulta oftalmológica; identificar e encaminhar os pacientes com retinopatia diabética para o acompanhamento; conscientizar a respeito das complicações, organizar o cuidado continuado dos usuários com diabetes, resgatar usuários com diabetes em abandono de tratamento ou tratamento irregular.

METODOLOGIA

Foi realizado o levantamento do acompanhamento dos pacientes com diabetes e convidados 80 usuários com última consulta há um ano ou mais. A intervenção local foi realizada na UBS, nos dias

1 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: lelaprandini@hotmail.com

02 de outubro e dia 03 de outubro de 2023. O usuário passou por teste de snellen, aferição da pressão arterial, anamnese, fundoscopia, exame de pé diabético se retinografia alterada, pedido de hemoglobina glicada e glicemia em jejum, programação de consulta, encaminhamento para oftalmologia e atividade educativa sobre mitos e verdades relacionados a diabetes.

Foram previamente capacitados acadêmicos de medicina que realizaram fundoscopia por meio de retinógrafo portátil, com inteligência artificial, sem necessidade de colírio midriático. As retinografias foram laudadas remotamente por médico oftalmologista.

As retinografias são utilizadas para o aprimoramento da inteligência artificial do retinógrafo. Os pacientes optaram participar ou não da pesquisa, com assinatura de TCLE. O risco oferecido pelo uso do retinógrafo é incômodo visual momentâneo e/ ou diagnóstico errôneo devido alta sensibilidade do retinógrafo. Esse risco foi diminuído com a emissão do laudo após análise por oftalmologista.

RESULTADOS

Compareceram 66 pacientes, sendo que 2 dos presentes não eram diabéticos e foram desconsiderados na análise. A faixa etária prevalente foi de 50 a 75 anos, totalizando 71,2% dos pacientes. 10,6% dos pacientes nunca realizaram exame oftalmológico, sendo destes 57,1% diagnosticados com DM entre 1-5 anos; 42,8% com a PA sistólica acima de 140mmHG e 28% possuem pelo menos um olho com acuidade visual de 20/200. Essa parcela da população está mais propensa a complicações devido falta de monitoramento adequado. Entre os avaliados 19,6% possuíam alteração, sendo 13 retinopatias diabéticas e uma suspeita de glaucoma, um deles não respondeu à anamnese pré definida.

Entre os pacientes com retinopia diabética, 84,6% possuem DM há mais de 10 anos e 7,6% entre 5 a 10 anos, 61,53% fazem uso de insulina, 7,6% eram tabagistas, 84,6% sedentários, 13% com acuidade visual menor que 20/100 em pelo menos um olho e 61,5% realizaram exame oftalmológico no último ano.

Todos os pacientes foram encaminhados à consulta oftalmológica, sendo critérios de alta prioridade: nunca ter realizado exame oftalmológico, presença de retinopia diabética e baixa acuidade, 45,5% foram priorizados.

O levantamento dos acompanhamentos, evidenciou necessidade da correção dos dados cadastrais, oportunizando a qualificação dos dados. A triagem dos pacientes com base nas alterações em retina, combinada com a estratificação de risco, mostrou-se uma abordagem eficaz. Houve perda de informação de 3% da amostra total, devido a falha no fluxo da anamnese. Este segmento da população frequentemente enfrenta dificuldade no acesso ao atendimento oftalmológico e na adesão ao tratamento, destacando a importância de iniciativas inovadoras como o rastreamento proposto.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O rastreamento de retinopia diabética demonstrou ser uma iniciativa abrangente e eficiente, não apenas no diagnóstico, mas uma possibilidade de efetivação de fluxos para o cuidado da saúde

ocular e da pessoa com diabetes. A complexidade das condições dos pacientes diabéticos, ressalta a necessidade de intervenções personalizadas.

A intervenção realizada reflete uma abordagem holística que vai além do diagnóstico e demonstrou um impacto positivo na estratificação de risco da pessoa com diabetes, resgate dos usuários sem acompanhamento adequado e estratégia para adesão ao tratamento. Esse enfoque representa um avanço significativo na gestão do cuidado, otimizando recursos e direcionando atenção para aqueles que mais necessitam. A identificação dos indivíduos com comorbidades e o monitoramento do acompanhamento é fundamental para prevenir complicações, possibilitando intervenções precoces e eficazes.

REFERÊNCIAS

- (1) Bryl A, Walczak M, Czerwionka-Szaflarska M, Szlagatys-Sidorkiewicz A. The effect of diet and lifestyle on the course of diabetic retinopathy: a review. *Nutrients*. 2022;14(6):1252. doi:10.3390/nu14061252
- (2) Lin KY, Hsieh WH, Lin YB, Wen CY, Chang TJ. Update in the epidemiology, risk factors, screening, and treatment of diabetic retinopathy. *J Diabetes Investig*. 2021;12(8):1322-5. doi:10.1111/jdi.13480
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2023 dez 10]. Disponível em: http://antigoconitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2021/20211217_Relatorio_PCDT_Retinopatia-Diabetica_618_Final.pdf

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E DISPENSAÇÃO DE ANSIOLÍTICOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Enzo Carvalho Avila¹

André da Silva Vieira

Bruno Guimarães Canepa

Cassilene Ribeiro Dutra

Maria Izabel Simas Franco

Kathleen Tereza da Cruz

Maísa Melara

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde trouxe mudanças significativas no que tange à atenção e ao cuidado de forma integral dos usuários, incluindo pacientes com sofrimentos psíquicos ou transtornos mentais [1].

Com isso, o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mostra-se de extrema relevância como integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS), participando de diversos pontos da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), como nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) [2].

Nos últimos anos, percebeu-se um aumento no consumo de psicofármacos dentro da realidade brasileira [1], dentre os quais podemos enfatizar os ansiolíticos, com destaque aos benzodiazepínicos, os quais se tornaram importantes para o tratamento de doenças psiquiátricas e não-psiquiátricas [3].

A utilização desses fármacos, porém, é muitas das vezes exacerbada e indiscriminada. Seu uso está relacionado à busca de alívio para o sofrimento decorrente dos problemas sociais e econômicos enfrentados por parcela da população [4].

OBJETIVO

Objetivou-se a coleta de dados acerca da dispensa desses fármacos e sua comparação com outros medicamentos e a visão dos profissionais acerca dos pacientes com queixas relacionadas à saúde mental que procuram a unidade e seu acompanhamento pela RAS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico-descritivo, quali-quantitativo, com uso de fontes primárias (realização de entrevistas utilizando questionário construído pelos discentes e orientadoras do trabalho) e de fontes secundárias (sistema de gestão da UPA).

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: enzoavila202@gmail.com

O questionário apresentava 4 perguntas, 2 questões fechadas (escala I-V, de menor a maior variável) e duas abertas. Os dados do sistema de gestão estão relacionados à dispensa interna desta UPA, correspondendo aos meses de abril a setembro (2024).

Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos os profissionais participantes para garantia da base ética da pesquisa.

A discussão dos resultados foi feita com trabalhos das bases “PubMed”, “ScienceDirect”, “SciELO” e “Google Acadêmico”, com filtro temporal de 15 anos e utilizando descritores previstos no DeCS/MeSH e operadores booleanos “AND” e “OR”.

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer no 5.527.563.

RESULTADOS

A dispensa de fármacos foi organizada de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Os fármacos analgésicos (opioides ou não) foram os mais dispensados durante o intervalo de tempo citado, com 24.621 dispensas internas. Os ansiolíticos são a 7ª classe mais dispensada.

Dentro da classe dos ansiolíticos, o diazepam é mais consumido em relação ao midazolam (1239, 93,2% x 91, 6,8%). O clonazepam é considerado um anticonvulsivante, obtendo 144 unidades dispensadas no total.

Sete profissionais responderam a pergunta relacionada a percepção da quantidade de ansiolíticos dispensados, com 71,42% dos entrevistados escolhendo a variável V e 28,57% selecionado a variável III.

Sobre o contexto da dispensação de ansiolíticos, a principal resposta dada foi: “Recebemos muitos pacientes com crises de ansiedade e surtos psiquiátricos. A saúde mental do município é muito defasada. Na triagem nós perguntamos para o paciente sobre, e pelos relatos a gente já consegue ter uma ideia sobre os casos. E às vezes eles já até fazem tratamento para a ansiedade, mas insistem em ir à UPA.”

Sobre o acompanhamento de pacientes em uso de ansiolíticos, a principal resposta colhida foi: “Eu acho que a saúde mental é defasada a nível nacional. E o adoecimento da população não vem acompanhando o crescente de profissionais que têm que lidar com isso. Então naturalmente você vai ver erros grotescos de medicação ansiolítica/antipsicótica. E também há pessoas bem viciadas em ansiolíticos buscando o serviço de saúde recorrentemente a fim de consegui-los, muitas das vezes, até mesmo coagindo e apelando aos profissionais de saúde para obter os medicamentos. A UPA não é o local certo de acolhimento para isso, é a atenção primária.”

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os ansiolíticos e suas dispensas são temas importantes em diversos trabalhos atuais.

Em uma das falas acerca do contexto de dispensação desses fármacos, nota-se uma semelhança com a literatura: crises de ansiedade e surtos psiquiátricos são fatores relacionados à dispensa de ansiolíticos [5].

Sobre a saúde mental e o acompanhamento, percebeu-se que a fala destacada é corroborada por artigos: internos de Medicina já haviam analisado o uso crônico e sem indicação de benzodiazepínicos na APS [6], e, em Campos dos Goytacazes, em uma pesquisa, 42% dos entrevistados relataram fazer uso de benzodiazepínicos por mais de 10 anos, mas apenas 28,9% faziam acompanhamento [7].

Assim, os profissionais de saúde dessa UPA afirmam o possível não acompanhamento dos pacientes que já fazem uso de ansiolíticos e que buscam a UPA em agudizações. Isso é, porém, passível de observação não somente nessa unidade, mas também em outros pontos da RAS de acordo com a literatura.

REFERÊNCIAS

- [1] Forsan MA. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos: análise crítica das práticas de prescrição e uso prolongado [trabalho de conclusão de curso]. Minas Gerais: UFMG; 2010.
- [2] Freitas CC. Gestão do cuidado à crise em saúde mental em UPA 24h [dissertação]. Santa Catarina: UFSC; 2019.
- [3] Araújo EO. Aumento do uso de antidepressivos e ansiolíticos pós-pandemia. *Psicol Cult.* 2023;3:46–59.
- [4] Oliveira JRF, Varallo FR, Jirón M, Ferreira IML, Siani-Morello MR, Lopes VD. Consumo de psicofármacos na atenção primária. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(1).
- [5] Costa CAF, Cavalcante JN, Souza NG, Ribeiro HHF. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos: revisão sistemática. *Braz J Health Rev.* 2020;3:18067–75.
- [6] Abreu LTMR, Cajado L, Bussola R. Uso crônico de benzodiazepínicos e cuidado em grupo. *Saúde Redes.* 2017;13.
- [7] Viana JS, Hasenclever L. Consumo de ansiolíticos em Marrecas, RJ. *Cad Desenv Flum.* 2019;17:71–85.

REFLEXÕES DOCENTES SOBRE A FORMAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DO SUS: AFETOS E SUBJETIVIDADES NA PRODUÇÃO DE SAÚDE

Eliane Oliveira Pinheiro¹

Silvana Solange Rossi

Mônica Fernandes Bento

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Equipes Multiprofissionais (eMulti) no Sistema Único de Saúde (SUS) derivam dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criadas em resposta às mudanças epidemiológicas e agravos de causas multifatoriais, que demandam o apoio de equipe multiprofissional para o cuidado integral [1].

A suspensão do financiamento federal aos NASF em concomitância com a pandemia de Covid-19 [2] geraram impactos à saúde da população brasileira que ainda persistem, como as sequelas de doenças pré-existentes (com destaque para as Doenças crônicas não transmissíveis e questões de saúde mental) e o insuficiente acompanhamento de condições de saúde “menos graves”, que demandaram a reorganização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS).

Com a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 [3] de criação das eMulti, há a retomada do modelo de cuidado ampliado e qualificado na APS. Por iniciativa do Ministério da Saúde, em 2023 foi criado o Curso de Formação dos Trabalhadores das eMulti, para formação de 6 mil profissionais em todo o país, na modalidade Educação à Distância, ofertado em duas edições, e foram formados 250 docentes para a formação dos trabalhadores.

A proposta pedagógica do curso visa desenvolver competências educacionais e de gestão do trabalho dos trabalhadores para a implementação das eMulti, o apoio matricial e de cuidado qualificado, intervenções contextualizadas nos territórios e a divulgação científica de produtos técnicos oriundos do trabalho na APS.

OBJETIVO

Este trabalho é um relato de experiência das percepções docentes sobre o caminho percorrido no processo de formação dos trabalhadores das equipes multiprofissionais e suas vivências durante a participação dos encontros síncronos, considerando os afetos disparados e a potência da metodologia no desenvolvimento e qualificação profissional na APS do SUS.

METODOLOGIA

O curso de formação dos trabalhadores das eMulti está organizado em turmas de 25 profissionais, com encontros semanais síncronos, e atividades assíncronas de estudo e sistematização

1

Associação Brasileira de Saúde Coletiva. E-mail: elianeoliveirapinheiro25@gmail.com

dos aprendizados e experiências vivenciadas na elaboração de síntese reflexivas. É conduzido por dupla de docentes formados pelo projeto, com 120 horas. As sínteses são componentes da avaliação formativa, apreciadas pelos docentes em diálogo com os participantes.

As perspectivas educacionais intencionam romper com modelos tradicionais técnicos e biologicistas, ancoradas na aprendizagem significativa, que estimulam a produção de afetos e novos significados de aprendizagem aplicadas ao trabalho em saúde.

Utiliza-se de metodologias ativas, inspiradas no referencial Paideia, com Grupos Balint-Paideia (GBP), onde os participantes refletem criticamente sobre a sua práxis e o trabalho compartilhado, contribuindo para o cuidado integral na produção de saúde.

Os docentes apoiam a construção do conhecimento nas premissas de Paulo Freire [4], com metodologia dialógica, técnicas educacionais interativas e recursos da arte para o desenvolvimento de competências educacionais e de gestão do trabalho em saúde.

Casos reais, clínicos, comunitários ou institucionais, são relatados de forma espontânea, sem estruturação, e discutidos em roda para compartilhamento de experiências. A escolha dos casos é referenciada na sua complexidade ou no êxito, despertando subjetividades e novos afetos do fazer saúde. Complementa-se com a oferta teórica pelos docentes, sobre temas do cotidiano, problematizando a realidade e articulando teoria e prática.

As percepções docentes são diversas, desde o momento inicial da proposta da metodologia vivencial do GBP. Destacam-se os olhares e verbalizações sobre a expectativa de processos formativos tradicionais. Momentos de timidez gradativamente vencidos com a circulação da palavra e construção de grupalidade em espaço protegido, afirmados pela escuta e respeito aos saberes do outro, amorosidade, acolhimento e apoio à superação de conflitos para a construção de novos saberes.

A transversalidade dos temas sensíveis do curso inspira percepções sobre afetos pessoais no processo de ensino e aprendizagem, integrado ao trabalho real. As questões sobre violência e saúde mental disparam debates potentes para a práxis, refletindo as desigualdades de gênero, a inclusão e o empoderamento de mulheres e meninas, profissionais de saúde limitadas por diversos assédios, usuárias oprimidas pelo machismo, os desafios de ser mulher transexual declarada e aluna da turma.

Nas avaliações verbais em cada encontro, e nas sínteses reflexivas é possível corroborar a urgente transformação necessária das práticas educacionais na saúde, o apoio e acolhimento dos profissionais, onde o aflorar de afetos e emoções permita qualificar o cuidado em saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O processo educacional valoriza as experiências práticas reais dos participantes, sendo um método potente para o desenvolvimento de competências atitudinais, afetivas e humanizadas no cuidado em saúde na APS.

Traz uma perspectiva contemporânea ao cenário político atual, onde se faz necessária a integração de grupos e o profissionalismo para a assunção de responsabilidade sanitária com a população atendida, em defesa da cidadania e da democracia, da Constituição, dos direitos humanos e sociais, defesa da vida e do SUS.

Destaca-se o papel instrumentalizador da metodologia GBP para apoiar uma atuação empoderada e empoderadora, impactando o trabalho de mulheres que atendem outras mulheres no primeiro nível de atenção do Sistema.

Do completo silêncio às autorrevelações, entre choros, reflexões e gargalhadas, cada encontro flui na livre expressão dos afetos, ainda que em ambiente virtual, demonstrando a potência do encontro, do diálogo e da solidariedade.

REFERÊNCIAS

- [1] Mattos MP, Gutiérrez AC, Campos GWS. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Cienc Saude Colet. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hjxzTYsJHr5LzdBdtsK/abstract/?lang=pt>.
- [2] Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública. Curso de formação dos profissionais das emulti. Cadernos de textos; 2024.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html.
- [4] Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

REFLEXÕES SOBRE A OFERTA DE CUIDADO DE ALTA COMPLEXIDADE A USUÁRIO COM METALOSE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL ADMINISTRADO PELA EBSEERH: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucas Longo Ferreira¹

Julia de Souza Kirizawa

Barbara Vitória Rodrigues Fernandes

Maria Clara Bila d'Alessandro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A metalose é uma complicação rara e potencialmente fatal em pacientes submetidos a artroplastia total de quadril (ATQ), resultante do desgaste de componentes protéticos e liberação de partículas metálicas no organismo¹. Essa condição desencadeia resposta inflamatória sistêmica, necrose tecidual e formação de pseudotumores, com sintomas que variam de dor local até comprometimento multissistêmico. O presente relato averigua a oferta de cuidado de alta complexidade a partir de um caso grave de metalose, destacando, porém, as experiências subjetivas de estudantes em um Hospital Universitário Federal administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH)² sob a ótica das falhas na regulação e na oferta de cuidado que culminaram no agravo em questão, propondo reflexões acerca da falácia de que tal empresa seria a solução para falhas de gestão no contexto deste nível de complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Desde o início das vivências práticas da graduação em medicina nesta universidade federal, percebemos que a administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH)² falha em seus processos de gestão e em ofertar cuidados de alta complexidade aos usuários. Ao viabilizar uma dupla porta de entrada (pública e privada) na rede e centrar-se na lucratividade da administração, a empresa adota condutas, desde os princípios—e, agora, inquestionavelmente exemplificadas com severas consequências à vida de usuários—contrariam sumariamente a autonomia universitária e subverte a lógica de integralidade, universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Tal ponto tornou-se especialmente evidente ao nos depararmos com o caso de um homem de 50 anos que, em 2008, após uma fratura prévia do colo do fêmur complicada com necrose avascular, foi submetido a artroplastia total quadril bem sucedida em Hospital Universitário Federal; em 2022, contudo, percebeu durante seu trabalho um “estalo” no local da prótese, com uma aparente quebra desta associada a dor local e limitação funcional. Buscou, então, atendimento no hospital onde 14 anos antes fora operado, sendo informado, porém, que seu prontuário teria sido desativado e que deveria ser novamente regulado, não sendo devidamente atendido na Emergência tendo em vista que esta, agora, tornara-se “fechada” por decisão da gestão EBSEERH (que, criada em 2011, não administrava o hospital durante sua primeira abordagem).

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: lucaslongo@id.uff.br

Durante dois anos, por diversas vezes, precisou recorrer a serviços de pronto atendimento, sendo inclusive internado em um hospital estadual aguardando transferência e sendo recusado inclusive em outro hospital quaternário regional, até que em junho de 2024 pôde ser submetido à revisão da artroplastia no Hospital Universitário Federal original, a qual evidenciou grave quadro de metalose. Após tratamento cirúrgico, ainda evoluiu meses após com complicação de pseudotumor, o qual demandou novo procedimento operatório para resolução já em 2025. Destaca-se que a demora para o aceite da regulação e a interrupção na oferta de cuidado inicial culminaram em uma severa complicação ao indivíduo e em múltiplos gastos ao sistema de saúde no atendimento das demandas surgidas, ambas mediante a falha de gestão do cuidado, percebida tanto pela lacuna na vigilância de complicação em atenção primária como na morosidade da captação do usuário por parte do serviço especializado³.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Se, portanto, a criação de uma empresa pública pretendia aprimorar os processos de gestão—às custas da expropriação do propósito universitário de hospitais—e otimizar os recursos investidos em prol do integral atendimento aos usuários², nota-se que tal vilipêndio teórico sequer proporcionou o benefício prático outrora previsto. Nota-se, entretanto, a capilarização da lógica neoliberal pela estrutura de alta complexidade do SUS, ferindo seu princípio de universalidade—ao ofertar vagas através de planos de saúde—e seu caráter de ensino—por ser centro formador de profissionais enquanto instituições públicas³, tudo isso plenamente perceptível por estudantes e docentes atentos às implicações do processo de trabalho estabelecido.

Por certo, melhorias no rastreamento de complicações pós-operatórias tardias e a otimização na regulação entre Atenção Primária e outros níveis de complexidade não é um processo facilmente sanável, especialmente em vista dos entraves orçamentários enfrentados pelo SUS e pelas próprias defasagens 1- Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense lucaslargo@id.uff.br gerenciais. Todavia, mais do que pautar estas importantes questões, o presente relato propicia um olhar crítico à interrupção do cuidado e à criação de barreiras burocráticas de acesso que, ao final, não apenas prejudicam a formação de estudantes em hospitais-escola, mas também a garantia do cuidado à população.

REFERÊNCIAS

- (1) KWON YM et al. Metal-on-Metal Hip Arthroplasty: A Review of Adverse Reactions and Patient Management. *J Functional Biomaterials*. 2015;6(3):486-499.
- (2) Brasil. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares–EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940–Código Penal; e dá outras providências.
- (3) Soares WTB. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares–EBSERH, Sistema Único de Saúde e Autonomia Universitária [Dissertação]. Niterói: UFF; 2016.

REFLEXÕES SOBRE O ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) SOB A ÓTICA DOS FAMILIARES

Vinícius Perinetto Pontel¹

Kátia Bones Rocha

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A assistência à saúde mental pública no Brasil é garantida pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco no atendimento a pessoas com transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias(1). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram instituídos a fim de firmar o cuidado em território e promover a autonomia dos usuários. Contudo, desafios como a falta de investimentos e a fragmentação dos serviços ainda persistem, exigindo avaliações contínuas para assegurar a qualidade e eficácia da assistência(2). Assim, a avaliação dos serviços de saúde adquirem função fundamental para acompanhar sua implantação e funcionalidade das ações psicossociais(3). O campo da avaliação de serviços de saúde mental apresenta especial complexidade e o envolvimento de diferentes atores, incluindo usuários, familiares e profissionais. Sobre os familiares, eles são cruciais no apoio aos indivíduos com sofrimento psíquico(4) e uma fonte primária de apoio para os usuários, que podem perceber rapidamente suas dificuldades, bem como se suas necessidades estão sendo atendidas. Contudo, incluindo os CAPS, são escassas as pesquisas sobre a perspectiva familiar na avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, o que justifica a relevância do presente estudo.

OBJETIVO

O objetivo é avaliar em que medida as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, bem como as portarias que instituem o CAPS, se efetivam em ações e estratégias de cuidado nos CAPS, sob a ótica dos familiares, avaliadas pelo instrumento Avalia-CAPS-F. Também se pretende compreender como o Avalia-CAPS-F se correlaciona com a perspectiva familiares em relação aos resultados do tratamento (EMP-familiares) e com a satisfação com o serviço (SATIS-BR).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e exploratório. Os participantes foram 77 familiares de usuários de CAPS da cidade de Porto Alegre, especificamente CAPS II, AD II e AD III. Os instrumentos utilizados foram o Avalia-CAPS-F, dividido em 6 dimensões (autonomia: 1) tratamento centrado no usuário, 2) informações e empoderamento dos usuários, 3) capacidade de desenvolver atividades diárias; 4) resultados; 5) integralidade: integração comunitária; 6) coordenação com a atenção primária); Escala de Avaliação de Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde mental (SATIS-BR), dividida em três dimensões (privacidade e confidencialidade no serviço; acolhida

1 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: viniciusperinettopontel@gmail.com

e competência de equipe; e resultados); e Escala de Mudança Percebida (EMP-familiares), dividida em quatro dimensões (relacionamentos; psicológica; ocupação e saúde física). A análise de dados foi feita mediante estatísticas descritivas e foram realizadas análises correlacionais entre as diferentes dimensões do Avalia-CAPS-F, da SATIS-BR e da EMP.

RESULTADOS

Entre os itens melhor pontuados do Avalia-CAPS-F estão: me sinto atendido(a) de acordo com as minhas necessidades; meu familiar (usuário) se sente acolhido de acordo com as suas necessidades; e meu familiar (usuário) tem informações suficientes sobre o seu problema de saúde mental. Entre os pior avaliados: meu familiar tem acesso a oficinas e profissionais que o auxiliam na organização do seu dinheiro; com o tratamento, meu familiar tem a possibilidade de realizar atividades que geram renda; e, com o tratamento, meu familiar participa de mais atividades na comunidade (grupos, associações, festas). No Avalia-CAPS-F, as dimensões que indicam melhor avaliação são, em ordem decrescente: 1) Autonomia: tratamento centrado no usuário (M=3,38; DP=0,69); 2) Autonomia: informações e empoderamento dos usuários (M=3,21; DP=0,66); 3) Resultados (M=2,98; DP=0,93); 4) Integralidade: integração comunitária (M=2,42; DP=0,70); 5) Coordenação com atenção primária (M=2,05; DP=1,18); e 6) Autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias (M=1,59; DP=0,86). Em uma pergunta de avaliação global, 92,5% (DP=0,375) dos familiares expuseram que indicariam o CAPS para outras pessoas que precisassem. Na SATIS-BR: 1) Privacidade e confidencialidade no serviço (M=4,64; DP=0,62); 2) Acolhida e competência da equipe (M= 4,50; DP= 0,59); e 3) Resultados (M=4,48; DP=0,69). Na EMP: 1) Relacionamentos (M=2,46; DP=0,52); 2) Psicológica (M=2,43; DP=0,47); 3) Ocupação (M=2,35; DP=0,53); e 4) Saúde física (M=2,26; DP=0,45). As correlações entre as dimensões dos instrumentos foram, em sua maioria, moderadas. Todas as seis dimensões do Avalia-CAPS-F se correlacionam significativamente entre si e existe uma forte correlação entre as diferentes escalas do SATIS-BR e EMP e as dimensões do Avalia-CAPS-F.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A partir do presente estudo, pontua-se de forma positiva toda a operacionalização de uma estratégia de cuidado centrada nas necessidades dos usuários e que busca o desenvolvimento da autonomia destes. Além disso, se reforça o trabalho em direção da complexa tentativa de construção de instrumentos que visem avaliar a qualidade e funcionamento dos serviços de saúde mental e que construam indicadores e parâmetros de avaliação que possam sistematizar e monitorar o acompanhamento da atenção oferecida.

Entre os desafios, destaca-se a necessidade de melhorar as ações de intersetorialidade e integralidade. As atividades que favoreçam a integração com as equipes de atenção primária à saúde, bem como o engajamento em atividades comunitárias, são aspectos que necessitam ser melhor desenvolvidos. Eles são fundamentais para garantir uma abordagem integrada da saúde, mas ainda carecem de planejamento estratégico e investimento contínuo.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. 2011.
- (2) Marchionatti LE, Rocha KB, Becker N, Gosmann NP, Salum GA. Mental health care delivery and quality of service provision in Brazil. *SSM-Mental Health*. 2023;3.
- (3) Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3243-3253.
- (4) Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMD, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:159-164.

REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA VOLATILIDADE DO MÉDICO NA APS

Renato de Souza Lemos¹

André de Souza Lemos

Valber da Silva Frutuoso

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A presente pesquisa busca trazer elementos para a problematização da alta rotatividade do médico na APS, relacionando com o modelo regulação da saúde pública e complementar (privada). É de conhecimento que a APS é o alicerce dos princípios e diretrizes do SUS no que tange principalmente à universalidade de acesso aos cuidados em saúde. Porém, ocorre que não há uma fixação permanente dos médicos na APS, gerando na prática uma alta rotatividade destes profissionais nas UBS's. Desta maneira, um problema tangente que permeia os desafios da APS, e por consequência, do SUS, é de quais seriam os principais determinantes dessa ocorrência, ou seja, da alta rotatividade dos médicos na APS. Que é onde está, entre outros, o médico de família.

Para tanto, eis que não buscamos aqui problematizar sobre todos os possíveis determinantes, mas aquele que estaria circunscrito no modelo de regulação da saúde pública e complementar. Tendo em vista que uma vasta literatura demonstra que a legislação na saúde deixou brechas para a concorrência entre a saúde pública e a saúde complementar. Motivo que se configura como um importante determinante para a rotatividade de médicos na APS, já que a concorrência explora a relação de oferta e demanda, e aprofunda os interesses de mercado à revelia da perspectiva da saúde coletiva, que envolve entre outros fatores a prevenção e formação sanitária.

OBJETIVO

A Constituição Cidadã, de 1988, legisla sobre o SUS e também sobre os deveres da saúde privada, prevendo na prática um sistema e um subsistema. Com isso, pretendemos demonstrar o impacto da regulação em atividades profissionais meios, mas funcionais dentro da UBS, como uma variável com potencial para aprimorar as condições para a maior permanência do médico na APS. Que perpassam temas de profissionalismo da própria regulação, bem como, o conhecimento e práticas advindas ao SUS em condições de ser integrativas e complementares ao SUS.

METODOLOGIA

A metodologia empregada parte de uma revisão bibliográfica, tendo em vista a ampla produção do pensamento sanitário e da medicina social. Tem como análise teórica, as bases da sociologia do conhecimento, que incorpora justamente as práticas sociais e institucionais como elementos que

1

E-mail: renatolemosmfc@gmail.com

traduzem desafios e paradigmas de um determinado problema. E reforça o senso crítico.

Assim, há de se afirmar, por exemplo, o quanto o próprio conceito de saúde coletiva e as iniciativas da Alames que outrora fomentou o movimento sanitário, são cruciais para análise e entendimento da alta rotatividade do médico na APS, e da relação com o modelo de regulação em saúde. Evidentemente, por preverem que não é possível a interpretação de uma dada realidade sem os determinantes sociais e políticos.

Além disso, numa perspectiva onde vigora a praxiologia [1]:

(...) se entende que a prática de pesquisa é exercida socialmente e considera de forma processual a construção do próprio objeto de análise. Dessa forma, a constatação do objeto e da hipótese, e, respectivamente dos resultados da pesquisa é verificado no universo relacional ao qual o objeto está inserido.

RESULTADOS

No âmbito da perspectiva bibliográfica, no nosso campo de análise, se percebe uma pauta densa e problematizadora. Uma referência introdutória importante é o artigo, *Os desafios da regulação em saúde no Brasil* [2], elucidando um escopo fundamental para a presente pesquisa da seguinte forma:

Ao contrário do Sistema Único de Saúde, onde a regulação se comporta como uma ferramenta de compatibilização entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde do cidadão, na saúde suplementar as ações regulatórias dão-se muito mais no sentido de resguardar os direitos do consumidor, do que no de trabalhar numa lógica de diminuição de desigualdades de acesso ou de promover uma coordenação articulada entre as diferentes redes de atenção à saúde, de modo a estabelecer com agilidade e eficiência um trajeto a ser percorrido pelo cidadão que apresenta necessidades específicas de cuidados de saúde.

A partir da bibliografia alcançamos um resultado que confirma nossa hipótese. Como identificado por Barros e Amaral [2], as dificuldades perpassam falta de eficiência e universalização das informações para gerar um suporte mais consistente à Política Nacional de Regulação (coordenada pelo SISREG/MS), tendo como motivo a falta de capacitação de profissionais da saúde especializados na regulação. Reforçado pelo fato de a APS ser um grande vetor da regulação, no sentido de ser a área do SUS com maiores condições de extrair dados sólidos por atuar na ponta. Ao qual somamos a pauta da demanda pela incorporação, no SUS, de práticas em saúde de matrizes de povos africanos e originários, até mesmo pelo reconhecimento territorial, cultural e populacional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Consideramos que a APS é uma política fundamental e estruturante do SUS, sendo produto do movimento sanitário e elementar para o cuidado da saúde coletiva. Que demanda avanços, como imprimir maior intensidade em programas como o Mais Médicos. Mas, também, o reconhecimento

e implementação de práticas integrativas e complementares, no SUS, advindas dos povos de matrizes africanas e originários. Que consideramos juntamente com a capacitação de profissionais em regulação, elementos inerentes e complementares às atividades que mitiguem a volatilidade do médico na APS. Em 2019, no início da gestão negacionista do (des) governo Bolsonaro que entre outras coisas negligenciou o SUS, especialistas [3] debatiam o quanto a APS é determinante para a ampliação da própria rede de serviços de saúde. E o quanto sua qualidade é inerente ao modelo de financiamento e regulação. Atualmente o quadro de governança mudou, mas isso não significa que os desafios e as problematizações tenham se extinguido.

REFERÊNCIAS

- [1] Lemos S, Frutuoso V, Reis M, Oliveira W, Lima U, Vianna J. Fiocruz no contexto da pandemia do Covid-19: experiência frente ao negacionismo científico. RCSC. 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fiocruz-no-contexto-da-pandemia-do-covid19-experiencia-frente-ao-negacionismo-cientifico/19448?id=19448&id=19448>
- [2] Barros F, Amaral T. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Regulação na Saúde. 2017; 16:39-45.
- [3] Castro M, Massuda A, Almeida G, Filho M, Andrade M, Noronha K, Rocha R et al Sistema Único de Saúde do Brasil: os primeiros 30 anos e perspectivas para o futuro. The Lancet. 2019; 394:345-356.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM GRUPOS DE APOIO AO AUTOCUIDADO VOLTADOS ÀS PESSOAS AFETADAS POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NEGLIGENCIADAS

Raphaela Delmondes do Nascimento¹

Alice Carla Durães da Silva

Danielle Christine Moura dos Santos

Hellen Emiliana Pereira Dias

Herbert Humberto de Melo Silva

Maurineia Roseno Vasconcelos

Marize Conceição Ventin Lima

Tauana Lais Oliveira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Doenças Transmissíveis Negligenciadas (DTNs) são doenças e agravos que afetam, principalmente, populações vulneráveis. Segundo o Ministério da Saúde, a hanseníase, a doença de Chagas e a filariose linfática fazem parte do conjunto dessas doenças, que se associam à cenários de estigma e exclusão social dos acometidos. Estas possuem determinantes sociais e ambientais que influenciam as condições de vida e saúde das pessoas, incluindo dificuldades de acesso a serviços de saúde e políticas públicas. [1,2] Uma das estratégias de cuidado às pessoas afetadas por essas doenças são os Grupos de apoio ao autocuidado (GACs), que oferecem cuidados de saúde baseados no autocuidado, proporcionando promoção e prevenção de agravos, empoderamento, melhora da autoestima e bem-estar social. [3] Nessa perspectiva, o projeto de extensão “Implantação e fortalecimento de grupos de apoio ao autocuidado”, desenvolve práticas de cuidado voltados às pessoas afetadas pelas DTNs participantes de GACs, com articulações entre as secretarias municipal e estadual de saúde de Recife e Pernambuco, profissionais de saúde, o Morhan (Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase), a NHR Brasil, a Casa de Chagas e o ambulatório de filariose da FICRUZ PE. O trabalho desenvolvido visa a educação em saúde, promoção do cuidado através do fortalecimento das atividades dos grupos.

OBJETIVO

Relatar a experiência projeto de extensão universitária “Implantação e fortalecimento de grupos de apoio ao autocuidado”, que acompanha Grupos de apoio autocuidado voltados para pessoas atingidas pela hanseníase e outras doenças negligenciadas em Recife/PE em 2024.

1 Universidade de Pernambuco. E-mail: raphaela.delmondes@upe

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, sobre as ações do projeto de extensão universitária “Implantação e fortalecimento de grupos de apoio ao autocuidado (GACs)” que é voltado à hanseníase e outras doenças transmissíveis negligenciadas. O projeto faz parte do programa de extensão “Práticas de cuidado e garantia de direitos às pessoas afetadas pela hanseníase em Pernambuco”, vinculado ao “Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Cuidado, Práticas Sociais e Direito à Saúde das Populações Vulneráveis (GRUPEV)”, da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco. A equipe extensionista é composta por oito estudantes de graduação, dois docentes, e técnicos dos serviços de saúde vinculados à estes. Em 2024, foram apoiados três GACs em unidades de saúde do Recife/PE, sendo dois GACs voltados à hanseníase, e um GAC que além de pessoas com hanseníase, inclui pessoas afetadas pela doença de Chagas e a filariose linfática. A extensão acompanhou 33 reuniões desses grupos, com dois a três estudantes participando em cada uma. Os encontros dos GACs foram realizados mensalmente, tendo como período de realização, janeiro a dezembro de 2024. Durante o período, os estudantes organizaram desde o planejamento de atividades em cronograma anual, bem como auxiliaram a coordenação dos GACs na realização das reuniões, apoiando o preenchimento da ata de frequência, organização de lanches conhecimentos necessários para cada encontro e auxiliando na discussão dos temas. Cada reunião possui um tema específico definido pelos coordenadores, estudantes, e participantes dos grupos. Os temas abordados perpassam o autocuidado na saúde física, mental e social, a garantia de direitos, e combate ao estigma e discriminação. Os GACs voltados à hanseníase abordaram temáticas como práticas de autocuidado com a pele, face, mãos e pés, prevenção de incapacidades físicas, cuidados com nervos, adesão ao tratamento com poliquimioterapia (PQT) e enfrentamento ao estigma social. Também foram discutidos temas como saúde mental, sexualidade e datas comemorativas como dia das mães e dia dos pais. Além disso, ocorreu oficinas com a temática de prevenção de queimaduras e de primeiros socorros. O GAC voltado às DTNs, trataram de assuntos relacionados a alimentação saudável, benefícios das práticas integrativas e complementares, o amor e o cuidado, acessibilidade das pessoas portadores de deficiências físicas, garantia de benefícios concedidos pelo Estado, além de reuniões temáticas sobre datas comemorativas de Carnaval, Páscoa, São João e Natal. Nessas datas os participantes puderam se caracterizar de acordo com a ocasião festiva, trocar presentes e se divertirem. As ações realizadas demonstram que os grupos são ferramentas importantes na inclusão social, melhoria de autoestima e no enfrentamento de questões psicológicas associadas ao adoecimento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As reuniões do grupo partilham de uma coletividade que gera o desenvolvimento de uma prática significativa de cuidado. Os grupos são um espaço de informação, socialização e resistência que promovem melhora na autoestima, reabilitação física e psicossocial dos membros, e oportuniza discussões que combatem o estigma e empoderam os usuários. Desta forma, as pessoas acometidas pelas DTNs, seus familiares e os profissionais de saúde envolvidos nos grupos, reconhecem o impacto

positivo no processo saúde-doença de quem participa, através da troca de conhecimento e práticas em saúde que melhoram a qualidade de vida. Ademais, a participação nos GACs contribui para a formação dos estudantes extensionistas, por meio da ótica holística, do cuidado humanizado, e reforça as habilidades organizacionais e de gestão de pessoas, importantes para a formação de profissionais de saúde críticos, proativos e sensíveis frente às necessidades sociais e de saúde dos afetados por essas doenças.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Global report on neglected tropical diseases 2024. Geneva: WHO; 2024.
- [2] Brasil. Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente. Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável: unir para cuidar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. 72 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_brasil_saudavel.pdf
- [3] Nascimento RD, Sousa IMC, Melo CPL, Santos DCM. Criação e desenvolvimento de grupos de apoio para o autocuidado em hanseníase em um estado do Nordeste brasileiro. *Physis* [Internet]. 2024 [cited 2025 mar 18];34:e34012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zQRKDtW85vbsdBvWFTPFKK>

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O EVENTO “SALTO PARA O FUTURO I-PUBERDADE”

Ana Carolina Gomes Mayworm¹

Carina Bernardino

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Quando se fala em saúde do adolescente, cabe pensar na importância que a educação em saúde tem dentro deste contexto, sendo ela uma maneira de despertar o interesse dos adolescentes por determinados assuntos, gerando conhecimento e consequentemente, resultados práticos [1]. O acesso à informação em saúde é fundamental para reduzir iniquidades e promover transformações sociais que garantam qualidade de vida e bem-estar de forma mais democrática. Nesse contexto, os profissionais de saúde do Ambulatório Escola em Petrópolis desenvolveram uma estratégia de comunicação por meio do evento “Salto para o Futuro”, que visa promover acessibilidade através do acolhimento, diálogo e humanização das relações. O evento tem como foco a educação em saúde direcionada a adolescentes de 12 a 19 anos, de escolas próximas ao ambulatório, facilitando a interação entre profissionais de saúde, estudantes e professores.

OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada durante o sêniorato de enfermagem do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto, na execução do evento “Salto para o Futuro I – Puberdade”. O evento é promovido pelo módulo de saúde do Adolescente do Ambulatório, organizado e desenvolvido pelo sêniorato em conjunto com a enfermeira responsável do módulo.

METODOLOGIA

O evento foi estruturado em diversas estações no Ambulatório Escola, envolvendo os cursos de enfermagem, nutrição, psicologia e odontologia. Foram realizadas atividades como jogos interativos com temas relacionados aos cursos, rodas de conversa, música, distribuição de kits de higiene bucal, pipoca e picolé, criando um ambiente descontraído e educativo.

RESULTADOS

Durante o planejamento e a execução do evento, enfrentamos diversos desafios relacionados à promoção da saúde por meio de atividades educativas. Entre esses desafios, destacam-se: o contato com as direções das escolas para o convite e a articulação da participação dos adolescentes, a organização do transporte que levou e trouxe os estudantes de suas instituições de ensino ao local do evento, a compra e preparação dos materiais necessários para as atividades, a coordenação com os cursos e profissionais

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: carinabernardino2@gmail.com

de outras áreas envolvidos, a execução das atividades propostas, a organização do espaço físico para receber os participantes e a comunicação multidisciplinar entre todos os envolvidos. Cada etapa exigiu planejamento detalhado, trabalho em equipe e flexibilidade para garantir que o evento ocorresse de forma eficiente e alcançasse seus objetivos. Durante o evento, observou-se que os adolescentes demonstraram grande interesse e participação ativa nas atividades propostas pelos diferentes cursos. Ao abordar temas como Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o uso de álcool e drogas, e as profissões da área da saúde de forma leve, interativa e descontraída, foi possível estabelecer um diálogo aberto e enriquecedor. Essa troca de conhecimentos permitiu aos acadêmicos e profissionais de saúde uma visão mais ampla e aprofundada sobre o estado de saúde, a percepção que os adolescentes têm sobre saúde e suas vivências cotidianas. Além disso, os adolescentes puderam expressar suas dúvidas, preocupações e experiências, criando um ambiente de aprendizado mútuo e colaborativo. Essa interação evidenciou a importância de abordar temas sensíveis e relevantes para a saúde dos jovens de maneira acessível e engajadora, utilizando estratégias que fogem do formato tradicional e promovem a participação ativa. A experiência reforçou a necessidade de iniciativas que aproximem os profissionais de saúde da comunidade, especialmente dos adolescentes, que muitas vezes não têm acesso a informações claras e adequadas sobre saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O evento “Salto para o Futuro” mostrou-se uma estratégia eficaz e inovadora para a enfermagem trabalhar a educação em saúde, indo além dos métodos tradicionais e formais. A abordagem multidisciplinar, que envolveu os cursos de enfermagem, nutrição, psicologia e odontologia, permitiu uma rica troca de experiências entre os profissionais e acadêmicos, além de facilitar um diálogo aberto e produtivo com os alunos e professores das escolas participantes. Essa interação promoveu um ambiente de aprendizado dinâmico e colaborativo, onde os adolescentes puderam se expressar e compartilhar suas vivências, enquanto os profissionais e estudantes de saúde ampliaram sua compreensão sobre as necessidades e percepções dessa faixa etária. O evento reforçou a importância de estratégias não formais e criativas para alcançar a sociedade, demonstrando que é possível engajar e conscientizar os jovens sobre temas relevantes de saúde de maneira leve e descontraída. A utilização de jogos interativos, rodas de conversa e atividades lúdicas mostrou-se eficaz na transmissão de conhecimentos e na promoção de uma reflexão crítica sobre hábitos e cuidados com a saúde. Como resultado, os participantes saíram do evento mais informados, conscientes e empoderados em relação à sua saúde, evidenciando o sucesso da iniciativa. Além disso, o “Salto para o Futuro” destacou o papel fundamental da enfermagem na promoção da saúde e na educação comunitária, mostrando que o profissional de enfermagem pode atuar de forma proativa e criativa, desenvolvendo ações que ultrapassam os limites das instituições de saúde e alcançam a comunidade de maneira significativa. A iniciativa também ressaltou a importância da humanização e do diálogo no cuidado em saúde, reforçando a necessidade de práticas que valorizem a troca de saberes e a construção coletiva de conhecimentos.

Por fim, o evento serviu como um exemplo de como a educação em saúde pode ser transformadora quando aliada à inovação, ao engajamento e à multidisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

- [1] Viero VSF, Farias JM de, Ferraz F, Simões PW, Martins JA, Ceretta LB. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. Esc Anna Nery. 2015Jul;19(3):484–90. Doi: 10.5935/1414-8145.20150064

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBTQ+ EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE/MG

Rafael da Silva Pereira¹

Jôvvi Dimas Virgolino Malta Cardoso

Natália Priscila Mota de Abreu

Daniela de Oliveira Carvalho

Érica Antunes Alonso

Júpiter Arnaldo Barbosa Cruz

Joanilson Santos Guimarães

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Implementada em 1º de dezembro de 2011 pela Portaria 2836 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais reconhece a orientação sexual e identidade de gênero como fatores determinantes da situação de saúde, dadas a intolerância, estigma e exclusão social como geradoras de sofrimento e limitação do acesso da população à saúde. Embora os princípios do SUS preconizem uma assistência universal e integral [1], diversos estudos têm identificado barreiras no acesso da população LGBTQ, tais como práticas profissionais excludentes, heteronormativas e geradoras de violência [2].

O município de Betim implantou o Núcleo de Referência em Saúde Integral da População LGBTQIAPN+, a fim de propiciar o acesso à saúde desse público, a partir da constatação de que essa parcela da população “invisível”, ou não acessava os serviços de saúde, ou não davam continuidade nos acompanhamentos, em todos os níveis de atenção à saúde [3].

Algumas práticas, acontecimentos e pessoas, podem se constituir como analisadores para compreender o momento histórico e social que possibilitou a implantação deste dispositivo [4]. Dentre eles: a implantação da PrEP (Programa de Profilaxia Pré-exposição), a atuação do Conselho LGBTQ+ de Betim, a interlocução com serviços de outros municípios, uma gestão municipal defensora das minorias e o incentivo do Legislativo Estadual.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo principal relatar o processo de implantação de um Núcleo de Referência em Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ em Betim, numa perspectiva institucionalista. E por objetivos específicos, apresentar os facilitadores e desafios no processo para a efetivação do Núcleo, bem como as ações e as atividades lá desenvolvidas e planejadas.

1 Secretaria Municipal de Saúde. E-mail: dr.rafaelsp@gmail.com

METODOLOGIA

As discussões sobre a assistência integral à saúde à população LGBT+ sempre estiveram presentes no planejamento dos órgãos de gestão do município de Betim. Porém, as articulações para a efetivação desse almejado projeto foi impulsionada inicialmente por diferentes motivadores os quais foram fundamentais para a concretização deste Núcleo, sendo eles: as áreas técnicas da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Referência Técnica da Política de Equidades em Saúde em parceria com o Conselho Municipal de Atenção à Diversidade LGBT+ evidenciaram a real necessidade de implementar um serviço formado por uma equipe multiprofissional que fosse direcionado ao cuidado à saúde da população LGBT+ nos moldes da Política Nacional de Saúde direcionada a esse público.

Os atendimentos iniciaram em 13 de junho de 2024 e o serviço está inserido no contexto da atenção secundária. O acesso ocorre por demanda espontânea e por encaminhamento de outros serviços e equipamentos da rede. Atualmente conta com equipe multiprofissional formada por um médico, um enfermeiro, uma psicóloga e uma assistente social. Inicialmente, o serviço absorveu as demandas de acompanhamento do PREP ao HIV/Aids, atividades de divulgação e/ou busca ativa de usuários, bem como, apoio matricial de casos encaminhados pela Atenção Primária à Saúde. Em janeiro de 2025, as atividades foram expandidas, por meio dos atendimentos individuais e coletivos conduzidos pela equipe multiprofissional, além da realização de ações extramuros que buscam firmar parcerias e fortalecer as ações direcionadas ao público em questão.

A respeito dos serviços ofertados vale destacar o acolhimento e escuta inicial; assistência médica em caráter eletivo ou por demanda espontânea; assistência psicológica e social de forma individual e/ou em grupo; assistência de enfermagem; prescrição de PREP, Profilaxia Pós-exposição (PEP) e DOXIPEP (Doxiciclina para Profilaxia Pós-exposição); atividades coletivas internas e externas e grupos operativos/temáticos.

Até o final do mês de março de 2025, cerca de 900 atendimentos foram realizados pela equipe do núcleo, sendo mais de 400 usuários acompanhados pelo programa PREP e 25 usuários transexuais em acompanhamento pela equipe de trabalho do Núcleo, nas perspectivas assistenciais e linhas de cuidado da Atenção Primária à Saúde. Ademais, ações extramuros estão sendo planejadas, como passeios e ampliação de atividades coletivas assim como, mais parcerias intersetoriais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Comparada com pessoas heterossexuais e cisgêneras, a população LGBT+ enfrenta discriminação em atendimentos de saúde, que se manifesta por condutas inadequadas de profissionais, conotações preconceituosas e estigmatizadas, atendimentos não humanizados, ausência de acolhimento e omissão de cuidado nas unidades de saúde [3]. Com a implantação do Núcleo de Referência em Saúde Integral da população LGBTQIAPN+, verificamos maior validação dos direitos desta população quanto ao acesso a serviços de saúde, minimizando as barreiras existentes, bem como o desenvolvimento de ações de promoção da equidade, conforme a Política Nacional de Saúde LGBT+ e Política Estadual de

Promoção à Saúde. A equipe multiprofissional colabora na identificação e atendimento às necessidades da população LGBTQ+ e busca pela efetivação de um ambiente acolhedor e seguro o que facilita o acesso aos serviços e recursos de saúde, além de outros meios que visam o bem-estar, a equidade e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. 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.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- (3) Tesser Junior ZC et al. A invisibilidade das pessoas LGBTQ no acesso à saúde. TrabEduc Saúde. 2024;22:e02743254. doi:10.1590/1981-7746-ojs2743.
- (4) Lourau R. Objeto e método da Análise Institucional. In: Alto S, org. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 66-86.

RELATOS DE VERANADAS: LA TRASHUMANCIA COMO MODO DE VIDA EN LA PATAGONIA ARGENTINA, MIRADAS / ACCIONES / ESTRATEGIAS DESDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Valeria Natali¹

Trebliner Paloma

Meles David

Fiorenza Pugliese Frangk

Paula acevedo

Gutierrez Paula

Julieta Belén Chacoma

INTRODUCCIÓN

Las poblaciones rurales de la región norte del Neuquén practican la trashumancia. Este sistema ganadero, basado en el traslado estacional y cíclico de animales entre campos de invernada, ubicados en los valles inferiores, y campos de veranada, situados en los superiores de la Cordillera de Los Andes, se trata de una forma de producción agropecuaria tradicional, ancestral, que adapta las prácticas productivas a las condiciones climáticas de aridez [1].

La ganadería es su actividad económica principal, determinando sus modos de vida, constituyendo una identidad criancera local. Cada primavera, después de las pariciones, las familias se desplazan junto a sus animales hacia la cordillera, regresando a las zonas urbanas en otoño. Esta práctica determina modos de vida que reflejan el respeto a los ciclos estacionales, lo cual se alinea con la cosmovisión de las comunidades mapuche: preservar la biodiversidad del territorio que habitan.

En este contexto, la continuidad de los procesos de atención y cuidado de la salud de estas poblaciones es un desafío [2]; para afrontarlo es que se han implementado visitas sanitarias a los sitios de veranada. Les compartiremos nuestra experiencia como equipo de salud sobre la atención de pobladores de Chorriaca, quienes pertenecen en gran parte a la comunidad mapuche Kilapi, en las veranadas de Cajón del Hualcupen y Riscos Negros (Neuquén, Argentina).

OBJETIVO

Compartir la identidad trashumante de la población originaria del norte neuquino y relatar la experiencia de trabajo en salud pública con esta población excluida.

Abogar por la institucionalización de las visitas sanitarias a las veranadas, como política pública de salud, promoviendo la longitudinalidad en los procesos de atención.

Reflexionar sobre el rol en gestión de los equipos del primer nivel de atención, desde una perspectiva de interculturalidad crítica en pos de lograr equidad en salud.

1

E-mail: valeriavillamonte2020@gmail.com

METODOLOGÍA

La localidad de Chorriaca está situada en la región norte del Neuquén, donde habitan alrededor de 500 personas, en su mayoría población mapuche de la comunidad Kilapi. Allí funciona un Puesto Sanitario dependiente de la Zona Sanitaria III–Región Alto Neuquén, que dista 74 km del hospital regional de cabecera (Hospital Dr. Gregorio Álvarez–Chos Malal). Alrededor de 31 familias de esta comunidad practican la trashumancia como modo de vida, desplazándose en los meses estivales hacia los territorios comunitarios de Cajón del Hualcupen y Riscos Negros, situados a 190 km por ruta de Chorriaca (unas 4 horas en vehículo y 3 a 4 días de arreo a pie o a caballo).

En 2017, como respuesta a una solicitud del Lonco, se iniciaron las visitas sanitarias, las cuales consisten en la movilización de un equipo de salud interdisciplinario a los territorios comunitarios de veranada, donde se ofrece atención a las familias en sus puestos. Dicho equipo trabaja longitudinalmente durante el año en el Puesto Sanitario de Chorriaca, y parte del mismo pertenece a la comunidad.

Cada año, para la organización de la salida a la veranada, se toma en consideración la experiencia de años previos. Así, a través de reuniones de equipo se llevan adelante una serie de acciones organizativas como: la actualización de los datos demográficos [3]; la definición del equipo de trabajo que participará (habitualmente conformado por enfermería, agente sanitaria, odontología, medicina general, chofer), la planificación de los días de trabajo y los puestos a visitar, la elaboración de un plan para el registro y el acceso a la historia clínica, adaptado a áreas sin conectividad, la gestión a través de solicitudes formales escritas de los permisos e insumos necesarios para la actividad (comida, medicación, herramientas de trabajo, móviles para los traslados, seguros para el equipo).

Las visitas, que duran aproximadamente una hora, se realizan según el itinerario estipulado, acudiendo a los puestos de cada familia trashumante. Estas visitas consisten en compartir un momento habitualmente ameno, en el cual el equipo de salud se ocupa de indagar sobre las necesidades percibidas en salud e intenta responder a las mismas, en función de las posibilidades del contexto, registrando las demandas pendientes para referenciarlas al regreso a Chorriaca. A su vez, se aprovecha la ocasión para realizar actividades de prevención y promoción de la salud. Finalmente, se destina un momento del itinerario para registrar las intervenciones realizadas en el sistema de historia clínica digital provincial.

Las visitas a la veranada, como intento de disminuir la brecha en el acceso a la atención de la salud, han tenido buena aceptación por parte de la población. La longitudinalidad en el acompañamiento de los procesos de salud–enfermedad–atención–cuidado se ve favorecida y creemos que la relación agente de salud–usuario del sistema mejora sustancialmente con la realización de las visitas. Esto se traduce en, por ejemplo, una mayor adherencia a los tratamientos sugeridos entre personas con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles. Salir al territorio nos permite tener otra perspectiva de la realidad al tiempo que pone en tensión ciertas lógicas de poder establecidas -y vigentes- dentro de nuestros espacios habituales de trabajo (intramuros); esto nos obliga a la reflexión y autocrítica, flexibilizando la mirada hacia nuestras propias intervenciones [4]. Integrar a nuestra práctica otras formas de ver, entender y habitar el mundo, nos desafía como equipo de trabajo, interpelándonos.

CONSIDERACIONES

En el contexto global de capitalismo salvaje, la práctica de la trashumancia -como sistema de producción contrahegemónico, en armonía con el medio ambiente y en sintonía con la cosmovisión mapuche- constituye una forma de resistencia. Las familias crianceras trashumantes representan una población vulnerable en tanto racializada, empobrecida, rural, sin acceso a servicios básicos, sin conectividad, aislada [5]. Consideramos de suma importancia que el sistema de salud acompañe integralmente los procesos de salud-atención-enfermedad-cuidados de dicha población, teniendo en cuenta sus particularidades y adaptándose a ellas.

REFERENCIAS

- [1] Rivarola M. La Cultura Trashumante. Aproximación al circuito ganadero de verandas en Malargüe. 2005. Disponible en: <https://cdsa.aacademica.org/000-006/767>
- [2] Orellana V, Parra A. Accesibilidad en Salud de las comunidades de la cultura Diaguita Calchaquí en el área de alta montaña de Tucumán (San José de Cachivil. Tucumán). En: Montenegro D, Hermann J, compiladores. La clínica y la gestión de la medicina general. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Nuevos Tiempos; 2019. p. 70-88.
- [3] Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. Washington, DC: OPS; 2012. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
- [4] Magnífico D, Pappalardo R, Soledad LM. Interculturalidad y salud. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación, editores. 2011. Disponible en: <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento179.pdf>
- [5] Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2023.

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL QUEHACER PROFESIONAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO DE TUCUMÁN - ARGENTINA

Gostina Tosi¹

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene carácter de protocolo de investigación en el marco de la maestría en salud mental de la Universidad Nacional de Córdoba – Argentina, cohorte 2023. Tiene por objetivo principal describir y analizar las representaciones sociales (RS) que tienen los/as profesionales sobre la discapacidad y examinar cómo inciden en su práctica y en la atención ofrecida a las personas con discapacidad en el contexto de un Centro Educativo Terapéutico de la ciudad de Tucumán. La relevancia de este trabajo radica en la posibilidad de aportar una reflexión crítica sobre la práctica profesional, visibilizando y promoviendo la adopción de una perspectiva de derechos humanos en el abordaje de la discapacidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a través de una práctica terapéutica más ética, inclusiva y respetuosa, generando un impacto positivo en los equipos de salud. El estudio tendrá un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo de corte transversal, basado en el método fenomenológico-hermenéutico. La indagación será a través de entrevistas semidirigidas a profesionales que trabajan de manera directa con personas con discapacidad en un centro terapéutico.

OBJETIVO

Describir y analizar las representaciones sociales que tienen los/as profesionales sobre la discapacidad y examinar, desde un enfoque de salud y derechos humanos, cómo inciden en su práctica y en la atención ofrecida a las personas con discapacidad, en el contexto de un Centro Educativo Terapéutico de Tucumán.

METODOLOGÍA

Enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo de corte transversal, basado en el método fenomenológico-hermenéutico, con el objetivo de conocer las representaciones sociales sobre la discapacidad y cómo el equipo terapéutico las percibe, tanto de manera conjunta como individual, así como el modo en que estas representaciones influyen en sus prácticas profesionales.

La metodología elegida adopta el enfoque fenomenológico-hermenéutico, uno de los métodos de la investigación cualitativa, que se asienta en las teorías de Raquel Ayala, Van Manen y Miguel Martínez.

Siguiendo a Fuster Guillen (1), este enfoque conduce a la descripción e interpretación de la esencia de las experiencias vividas, reconoce el significado y la importancia en la pedagogía, psicología

1 Centro Educativo Terapéutico Jaspe S.R.L. E-mail: agostina.tosi@gmail.com

y sociología según la experiencia recogida. Este método constituye procesos rigurosos y coherentes de las dimensiones éticas de la experiencia cotidiana, difícilmente accesibles por otros métodos usuales de investigación.

Población y Muestra. Profesionales miembros del equipo de asistencia de un Centro Educativo Terapéutico ubicado en San Miguel de Tucumán, para personas con discapacidad de entre 6 a 26 años. Muestreo intencional, conveniente a los objetivos del estudio, hasta lograr la saturación de información. Se aplicarán criterios de inclusión y exclusión de la población.

Instrumentos o Técnicas de Recolección de Datos. Entrevistas semidirigidas, elaborando una guía previa que orientará las preguntas iniciales realizadas por la entrevistadora. Existe la posibilidad de introducir temas nuevos, categorías emergentes, que la investigadora no habría contemplado, brindando cierto grado de libertad en las respuestas del informante.

RESULTADOS

El presente estudio se encuentra aún en curso, por lo que todavía no se han arrojado resultados finales producto de una investigación acabada.

CONSIDERACIONES

En virtud de impulsar lógicas universales y decoloniales en el abordaje de la salud de la población, se vuelve necesario entrometerse en las instituciones efectoras para repensar desde el interior de los dispositivos cómo los equipos terapéuticos entienden, diseñan e imparten asistencia en salud.

Este trabajo viene a impulsar la reflexión acerca de cómo las ideas técnicas y las RS de discapacidad, en este caso, impactan de forma transversal en el ejercicio profesional. Este último está dirigido a una población con peculiares características de vulnerabilidad por el lugar en el que suelen ser ubicadas las personas con discapacidad dentro de una sociedad capacitista y exitista, que mide a sus ciudadanos/as con la vara de la producción, neurotipia y adultocentrismo.

Finalmente, ya que este estudio se encuentra en proceso aún no se cuenta con los resultados finales que permitan arrojar conclusiones que, sin dudas, traerán más preguntas para seguir abriendo caminos y no cerrar sentidos.

REFERENCIAS

- (1) Guillen F, Elida D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones. 2019;7(1):201-229.

RESISTENCIAS COLECTIVAS Y REDES DE ACOMPAÑAMIENTO: GUERRILLAS DE CUIDADO-LEGÍTIMA DEFENSA Y RESPUESTAS ORGANIZADAS EN EL ACCESO AL ABORTO EN GUATEMALA

Vera Lucia Rodas Leal¹

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se deriva de mi investigación de maestría en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco, titulada *Entre la censura y la clandestinidad: rutas de aborto en cuatro cabeceras departamentales de Guatemala*. El presente análisis se desprende del capítulo centrado en el acompañamiento al aborto y las respuestas organizadas de mujeres en el país. A partir del análisis de tres entrevistas a acompañantes de aborto así como de la revisión de redes sociales y páginas públicas de colectivos feministas guatemaltecos, exploro y describo algunas de las estrategias políticas y afectivas que sostienen el acceso autónomo a la interrupción voluntaria del embarazo. En Guatemala, el acceso al aborto está restringido por un marco legal punitivo que ha obligado a las mujeres a construir respuestas por fuera del sistema de salud oficial. Las redes de acompañamiento feminista emergen como formas de resistencia ante la criminalización, y como espacios de cuidado donde se disputa la soberanía corporal. En este sentido, el acompañamiento no solo desafía la clandestinidad impuesta, sino que fisura el orden biomédico dominante, al transformar el cuidado en una herramienta de organización política, resistencia y defensa de la vida.

OBJETIVO

Analizar cómo las redes de acompañamiento feminista en Guatemala se configuran como guerrillas de cuidado-legítima defensa (1), disputando el acceso al aborto frente a un sistema estatal y biomédico que lo penaliza. Además de resignificar herramientas como el misoprostol, estas redes construyen espacios digitales y multitudes conectadas (2) donde circulan afectos, saberes y conocimientos entre distintas racionalidades, incluida la biomédica.

METODOLOGÍA

El estudio corresponde a una investigación cualitativa con perspectiva feminista (3), utilicé una combinación de historias de vida y entrevistas en profundidad con acompañantes de aborto en cuatro cabeceras departamentales de Guatemala. Además, un análisis de redes sociales digitales —páginas y perfiles públicos de colectivos feministas guatemaltecos— que difunden información sobre aborto seguro, derechos reproductivos y justicia reproductiva. El análisis se estructura a partir de los aportes de la teoría de las afectividades políticas feministas y las resistencias colectivas (4, 5), explorando cómo las acompañantes construyen alternativas de cuidado que desafían al sistema médico hegemónico.

1 Universidad Autónoma Metropolitana. E-mail: verarodas4@gmail.com

También se retoma la noción de “guerrillas del afecto” (1) para comprender cómo estas prácticas se despliegan en contextos de criminalización y violencia estatal, sosteniendo la vida y desestabilizando el control institucional.

RESULTADOS

Los hallazgos muestran que las redes de acompañamiento en Guatemala no solo reducen los riesgos de morbilidad y mortalidad materna asociados al aborto inseguro, sino que también configuran formas autónomas de atención y transmisión de saberes, sustentadas en el cuidado colectivo y la resistencia feminista. Se identificaron tres dinámicas centrales en su funcionamiento: 1. Desafío al sistema biomédico: Las redes se apropian y resignifican herramientas médicas como el misoprostol, desplazando la autoridad de los profesionales de la salud y generando un modelo de atención feminista, comunitaria y horizontal (8). 2. Configuración de afectividades políticas: A través del acompañamiento, se tejen vínculos de confianza, escucha y sostén mutuo que desafían el estigma y permiten a las mujeres sostenerse en comunidad (6, 7). Esta dimensión afectiva es también política, pues construye subjetividades resistentes frente a la criminalización. 3. Circulación de saberes y multitudes conectadas: Estas redes no se limitan a acompañamiento una a una. A través de plataformas digitales, crean espacios virtuales de acompañamiento que, como plantea Giomar (2), configuran multitudes conectadas donde se intercambian afectos, información técnica, experiencias y conocimientos entre distintas racionalidades, incluida la biomédica. Estas prácticas no buscan ser absorbidas por el sistema que las margina, sino fisurar el orden estatal y biomédico a través de circuitos paralelos de cuidado, desobediencia y autonomía (9). Así, el aborto se vuelve no solo una práctica de salud, sino una disputa política por la vida digna, el derecho a decidir y la soberanía corporal.

CONSIDERACIONES

Las redes de acompañamiento feminista en Guatemala son más que una respuesta paliativa a la criminalización del aborto: constituyen una práctica de autonomía que reconfigura el acceso a la salud desde la autogestión y la colectividad. A través del uso estratégico del misoprostol y la creación de redes afectivas y políticas, estas experiencias desafían el monopolio del saber biomédico y desestabilizan el control estatal sobre los cuerpos gestantes. Este trabajo aporta a la reflexión sobre la salud colectiva, demostrando que las prácticas de acompañamiento que brindan información y asesoran procesos de aborto no son solo estrategias de supervivencia, sino formas de insurgencia política que disputan el derecho a la salud, a la protección de la salud, a la autonomía y a vivir sin violencia.

REFERENCIAS

- (1) Venegas L. Jane: Documentos del Servicio Clandestino de Aborto de Chicago. Colectivo CUDS. 2004.
- (2) Rovira G. Activismo en red y multitudes conectadas. Icaria. 2017.

- (3) Beiras A, López Gómez M, Fernández Ríos D, Costa A. Metodologías feministas para la investigación en salud. In: Beiras A. Metodologías feministas para investigar en salud. Tinta Limón; 2013. p. 15-38.
- (4) Falquet J. Mujeres, feminismo y desarrollo: Un análisis crítico de las políticas de las instituciones internacionales. Desacatos. 2003;(11):13-35.
- (5) Gutiérrez Aguilar R. Horizontes comunitarios y autonomía feminista. 2015.
- (6) Sutton B. Zonas de clandestinidad y política corporal: Mujeres y aborto en Argentina. Rev Estudios Género Cultura. 2007;25(1):7-29.
- (7) Vacarezza N. Experiencia del aborto y política del cuerpo: Un análisis desde el feminismo latinoamericano. Rev Estudios Feministas. 2015;22(1):45-67.
- (8) Mármol Juárez MDP. Tejidos genealógicos desde las luchas de las mujeres y feministas por la despenalización del aborto en Guatemala. 2021.
- (9) Cabnal L. El cuerpo-territorio y la comunidad: Elementos para una política feminista comunitaria. 2014.

REUNIÕES DIALÓGICAS EM GRUPO COMO ESTRATÉGIA DESMEDICALIZANTE NO CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL

Camila Motta Gomes¹

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Jéssica Silva Marques

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica compôs de maneira colaborativa o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e promoveu a mudança do paradigma manicomial para o psicossocial¹. No entanto, ainda é possível observar nos serviços de Saúde Mental a presença da lógica manicomial, representados pela cronificação dos pacientes, cuidado focado no diagnóstico e no tratamento psicofarmacológico².

Diante disso, selecionamos três iniciativas em Saúde Mental que trabalham com pessoas em sofrimento psíquico na contramão da lógica medicalizante. São elas: Diálogo Aberto, Ouvidores de Vozes e Grupos de Suporte de Pares. No Diálogo Aberto, o tratamento de pessoas em crise psicótica é focado em reuniões baseadas no diálogo com a pessoa em crise e sua rede³. Os grupos de Ouvidores de Vozes têm a proposta de reunir pessoas ouvintes de vozes para auxiliá-las a compartilharem o conteúdo das suas vozes, dar significado a elas e aprender estratégias para lidar com as vozes ao longo do tempo⁴. Já os grupos de Suporte de Pares surgiu entre os usuários dos serviços de saúde mental americanos, retirando o foco do diagnóstico e enfatizando que as pessoas diagnosticadas com transtornos severos também podem ter uma vida satisfatória e produtiva⁵.

Assim, a nossa pergunta de pesquisa é: Como essas três iniciativas selecionadas podem contribuir com os serviços de Saúde Mental brasileiros?

OBJETIVO

A pesquisa tem como objetivo analisar e comparar as três iniciativas escolhidas: Diálogo Aberto, Ouvidores de Vozes e Grupos de Apoio de Pares. A intenção é identificar os elementos comuns entre essas abordagens que as permitem operar dentro de uma lógica desmedicalizante, mantendo, ao mesmo tempo, a eficácia no apoio e tratamento.

METODOLOGIA

A pesquisa pretende realizar uma pesquisa qualitativa baseando-se na perspectiva do Construcionismo Social. A visão construcionista é a de que o conhecimento não é um patrimônio individual, senão que é construído conjuntamente, mesclando terminantemente nossas vidas e nossas práticas discursivas⁶.

1

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). E-mail: cmottagomes@gmail.com

A pesquisa adota a metodologia de Histórias de Vida, uma abordagem qualitativa que permite a compreensão dos fenômenos estudados por meio da coleta e análise de narrativas pessoais. O pesquisador ouve o relato de vida do participante e procura fazer um mergulho analítico para, então, responder à pergunta de sua pesquisa⁷.

Nesse intento, serão escolhidas duas histórias para cada iniciativa pesquisada e serão realizadas entrevistas em profundidade, com enfoque biográfico. Para a seleção dos participantes, adotaremos um critério de inclusão específico: serão escolhidas pessoas que tenham sido apoiadas pelas abordagens estudadas por pelo menos um ano. Todo o processo será conduzido com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, assegurando o cumprimento de todas as normas éticas e regulamentares pertinentes.

RESULTADOS

O que foi analisado na revisão de literatura, primeira parte da pesquisa que ainda está em processo, é que os três grupos podem ser classificados como “desmedicalizantes” por apresentarem um menor índice no uso de medicamentos psiquiátricos e internações durante o cuidado com pessoas denominadas “psicóticas”. Além disso, existiu maior sensação de bem estar por parte dos participantes dos grupos, bem como maior autonomia e inserção social.

Constatou-se que os grupos auxiliam na criação de redes e de pertencimento, utilizado-se do diálogo como ferramenta principal, o que possibilita a criação de significados conjuntos, ferramentas e estratégias para lidar com o problema, escuta ativa, desenvolvimento de segurança e confiança dos participantes e maior autonomia no processo de cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Foi possível constatar que o uso de grupos para o cuidado de pessoas em sofrimento pode ser muito potente para evitar que essas pessoas se isolem, ao criar redes que fortalecem as relações e a sensação de pertencimento. Por outro lado, a dialogicidade presente nos encontros de rede, permitiu que as pessoas em sofrimento possam dar significados conjuntos e permitem que a experiência de ouvir vozes possa ser colocada em palavras. Tudo isso, dá a possibilidade que os participantes dos grupos sintam-se mais autônomos e parte do processo de cuidado e recuperação de modo ativo, aumentando sua autoconfiança e autoestima. Dessa forma, os resultados são maior inserção social e menor número de internações e uso de psicotrópicos.

Sendo assim, podemos concluir que a utilização desses grupos pode ser muito benéfica para os serviços de saúde mental brasileiros ao permitir que haja maior recuperação, reinserção social e autonomia por parte das pessoas e sofrimento mental e psíquico.

REFERÊNCIAS

- (1) Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- (2) Pimentel AP, Amarante PDC. Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. *Bakhtiniana*. 2020;15(3,):8-33.
- (3) Seikkula J, Arnkil TE. Reuniões Dialógicas de Redes Sociais: formas de dialogismo no trabalho psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
- (4) Baker P. A voz interior: um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes. Belém: UFPA; 2019.
- (5) Costa MN. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad Bras Saúde Mental*. 2017;9(21):1–16.
- (6) Rapizo R. Entre Laços e Nós: conversando sobre divórcio. Curitiba: Appris; 2019.
- (7) Nogueira MLM et al. O método de história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. *Rev Pesq Práticas Psicossociais*. 2017;12(2):466–485.

REVISÃO DE ESCOPO DAS METODOLOGIAS DA CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM PROTOCOLO DE ESTUDO

Cleo Baskin¹
Bárbara Bulhões
Hugo Bellas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Sistemas robustos de Atenção Primária à Saúde (APS) são fundamentais para alcançar a equidade em saúde e garantir o acesso universal aos serviços de saúde (1–3). O Sistema

Único de Saúde (SUS) do Brasil implementou recentemente políticas inovadoras de APS, incluindo o Previnir Brasil, com o objetivo de melhorar o acesso, a qualidade e a integração dos serviços. Para maximizar o impacto dessas políticas, é essencial compreender como elas são adotadas, implementadas e sustentadas em diferentes contextos (4).

A ciência da implementação examina sistematicamente esses processos, identificando barreiras, facilitadores e fatores que influenciam a eficácia e a escalabilidade das intervenções. Ao aplicar esses insights, formuladores de políticas e profissionais da saúde podem otimizar as iniciativas de APS para fortalecer o desempenho do sistema de saúde (5).

Esta revisão de escopo sintetiza metodologias, aplicações práticas e lições da ciência da implementação para informar e aprimorar o sistema de APS no Brasil.

OBJETIVO

Esta revisão tem como objetivos:

1) Identificar e categorizar as metodologias da ciência da implementação aplicadas na APS, incluindo estruturas teóricas, modelos de avaliação e abordagens analíticas.

2) Mapear estratégias de implementação eficazes no fortalecimento da APS globalmente, com foco em intervenções como capacitação da força de trabalho, inovações em saúde digital, incentivos financeiros e engajamento comunitário, destacando facilitadores e barreiras críticas.

Sintetizar evidências de diversos contextos internacionais para identificar lições transferíveis ao SUS no Brasil, enfatizando abordagens contextualmente apropriadas para melhorar a adoção e a sustentabilidade das políticas.

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: cleo.baskin@fiocruz.br

METODOLOGIA

Será realizada uma revisão de escopo abrangente, seguindo o arcabouço metodológico de Arksey e O'Malley, com buscas sistemáticas em bases de dados acadêmicas (PubMed, Medline Scopus, Lilacs).

Serão incluídos estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos publicados na última década que utilizem explicitamente metodologias da ciência da implementação em contextos de APS.

Para garantir uma análise comparativa robusta e insights abrangentes, serão examinados estudos de diferentes contextos globais e modelos de financiamento, com foco na relevância para o ambiente político do Brasil.

RESULTADOS

A busca sistemática recuperou 5.001 artigos, dos quais 1.621 duplicatas foram removidas. Os achados preliminares indicam a popularidade de várias metodologias, incluindo KTA, CFIR, RE-AIM e ImpRes-BR, muitas das quais foram adaptadas ao contexto brasileiro.

Os principais desafios incluem o baixo engajamento entre pesquisadores, formuladores de políticas e profissionais de saúde, a fragmentação na tomada de decisão devido à municipalização do SUS e dificuldades na transferência de conhecimento. Além disso, muitas iniciativas carecem de estratégias de sustentabilidade a longo prazo. A revisão em andamento continuará explorando esses desafios e identificando abordagens eficazes para aprimorar a implementação de intervenções baseadas em evidências na APS brasileira.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Esta revisão de escopo está em andamento e continuará a mapear abordagens eficazes para superar barreiras na implementação de intervenções baseadas em evidências na APS. Ao sintetizar as evidências globais sobre metodologias da ciência da implementação, este estudo contribuirá diretamente para o fortalecimento do SUS, auxiliando formuladores de políticas e profissionais da saúde na implementação eficaz de políticas e programas de APS.

Os achados desta revisão poderão subsidiar recomendações baseadas em evidências para adaptar estratégias ao contexto único do sistema de saúde brasileiro. O fortalecimento das práticas de ciência da implementação na APS tem o potencial de contribuir para serviços mais equitativos, eficazes e sustentáveis, beneficiando tanto profissionais da saúde quanto a população atendida pelo SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Azimzadeh S, Azami-Aghdash S, Tabrizi JS, Gholipour K. Reforms and innovations in primary health care in different countries: scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2024;25:e22. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11091477/>
- (2) Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage,

and the Sustainable Development Goals. The Lancet. 2018;392(10156):1371–2. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S014067361832556X>

(3) WHO. Primary Health Care and Universal Health Coverage: 2019 Global Monitoring Report Executive Summary. Geneva: World Health Organization; 2019.

(4) Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica No 5/2020-DESF/SAPS/MS: Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil. 2020.

(5) Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. Br J Sports Med. 2014;48(8):731-736. Disponível em: <https://bjsm.bmj.com/content/48/8/731>

ROMPIENDO LAS BARRERAS DEL ULTRASONIDO: MODELO DE ENSEÑANZA E IMPLEMENTACIÓN EN PROVEEDORES NO TRADICIONALES

María Cristina Alarcón Rebollar¹

Mónica Granados Ruiz

David Sánchez Maldoanado

Bruno Raúl Vargas García

INTRODUCCIÓN

Chiapas, es un estado ubicado al sur de México que en 2022 fue el estado con mayor índice de pobreza en el país, con el 67.4% de su población viviendo en situación de pobreza (1). De acuerdo con el Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2024 (2), únicamente el 66.1% de la población en la entidad tiene acceso a servicios de salud. Ante esta situación en el 2011 surge Compañeros en Salud (CES), una ONG trabaja en colaboración con la Secretaría de Salud, IMSS-Bienestar y las autoridades locales, brindando atención primaria en 10 clínicas rurales y 2 Casas Maternas ubicadas en la Sierra Fraylesca y Sierra Mariscal de Chiapas, donde el acceso a los servicios de salud y estudios de imagen son limitados.

Existe evidencia que respalda el uso de Ultrasonido en el Punto de Atención (UPA) en países con recursos limitados (3) y junto con un adecuado entrenamiento teórico y práctico impacta en el diagnóstico y manejo en los pacientes de países con recursos limitados (4). Tomando en cuenta lo anterior, CES ha implementado un programa de enseñanza de UPA para los pasantes del servicio social, tanto de medicina como enfermería obstétrica, que consiste en capacitación y acompañamiento individualizado durante 12 meses, supervisión en sitio constante y clases teóricas y prácticas sobre padecimientos en atención primaria en salud.

OBJETIVO

Buscamos establecer un programa completo y estructurado de enseñanza de UPA, con el objetivo de capacitar al equipo clínico de nuestros sitios en el desarrollo de competencias que les permitan realizar e interpretar ultrasonidos y usarlos como herramientas complementarias en la toma de decisiones clínicas. Asimismo, pretendemos fomentar su desarrollo profesional particularmente en aquellos quiénes trabajan en entornos vulnerables, contribuyendo a mejorar su capacidad diagnóstica.

METODOLOGÍA

El entrenamiento engloba clases teóricas y prácticas mensuales presenciales con una duración de 1 a 3 horas, acceso continuo a material en línea y supervisión en sitio dirigido a pasantes de medicina

1 Compañeros en salud. E-mail: calarcon@pih.org

y enfermería obstétrica durante 12 meses. El currículo para enfermería obstétrica se enfoca en las bases del ultrasonido y temas de obstetricia y ginecología; mientras que el currículo para médicos incluye temas adicionales como pulmonar, cardíaco, E-FAST, abdominal, riñón, ocular, tejidos blandos, aorta, trombosis venosa profunda y musculoesquelético. Estos currículos fueron diseñados según las necesidades en sus contextos laborales específicos. Para evaluar el impacto, se realizan evaluaciones de conocimientos teóricos al inicio y al final del entrenamiento y evaluaciones teóricas antes y después de cada clase presencial. Además, se recopilan datos cualitativos acerca la percepción de los participantes sobre la utilidad y relevancia de los conocimientos obtenidos para su desempeño clínico diario y la confianza en las habilidades adquiridas. De esta manera, se asegura un enfoque integral que combina la teoría con la aplicación práctica y la retroalimentación constante.

RESULTADOS

Después de un año de implementación, el 90% de los participantes entrevistados expresaron que los conocimientos adquiridos durante la capacitación son relevantes para su práctica clínica; el 100% de los entrevistados estuvo de acuerdo en que estas habilidades potencian su desarrollo profesional; los temas en donde el 84% de los participantes consideran estar seguros para realizar con éxito son: UPA obstétrico, pulmonar, renal, ginecológico y fracturas en musculoesquelético. A su vez, el 72.6% consideraron que tenían un entendimiento “bueno” o “muy bueno” de los temas en el currículo de UPA. Algunas de las impresiones recibidas por pasantes de medicina y enfermería por medio de una encuesta final, son la utilidad para diagnósticos y mejora de la calidad de atención primaria en zonas lejanas, la importancia de la inclusión de enfermería en el uso de esta herramienta para evitar diagnósticos incorrectos, así como la disminución de los tiempos de atención.

CONSIDERACIONES

La capacitación de proveedores de salud no convencionales de UPA enriquece el desarrollo profesional de los mismos y ayuda a reducir las barreras sociales y clínicas para los usuarios, lo que nos ayuda a reducir los tiempos de atención y los costos en el manejo de determinados padecimientos. Algunas de las barreras que existen para la implementación de este modelo, son el difícil acceso a equipos de ultrasonido por su alto costo, la falta de reconocimiento de UPA en México para su uso en sitios extrahospitalarios y por personal de salud no especialista. Los retos a los que nos hemos enfrentado son la falta de evaluaciones estandarizadas prácticas y la revisión de calidad de las imágenes por falta de personal, la disminución del trabajo en campo debido al aumento de la violencia en la región de Chiapas y la falta de apoyo por otras instituciones. Consideramos que las evaluaciones estandarizadas son el siguiente paso para el desarrollo de UPA en México.

REFERENCIAS

- (1) México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza y evaluación 2022. Chiapas. Ciudad de México: CONEVAL; 2022. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_pobreza_evaluacion_2022/Chiapas.pdf
- (2) México. Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional. Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2024. Chiapas: Gobierno de México; 2024. Disponible en: https://extranet.bienestar.gob.mx/pnt/Informes_por_municipio/Chiapas.pdf
- (3) Beam M, Abdull-Wahab SF, Ramos M. Point-of-Care Ultrasound in Resource-Limited Settings. *Med Clin North Am*. 2025;109(1):313-324. doi: 10.1016/j.mcna.2024.06.005.
- (4) Sippel S, Muruganandan K, Levine A, Shah S. Review article: Use of ultrasound in the developing world. *Int J Emerg Med*. 2011;7:4-72. doi: 10.1186/1865-1380-4-72.

SALA DE ESPERA: UM MODELO DE CUIDADO CENTRADO NOS ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES

Inez Silva de Almeida¹

Larissa Oliveira Guerra

Renan Cesar Belo

Juliana Fernandes de Souza

Ana Beatriz de Azevedo Queiroz

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A sala de espera é um modelo de cuidado que propicia a interação e o vínculo do público com o serviço, visando a educação em saúde, a partir do compartilhamento de saberes. É um espaço vivo na atenção primária à saúde que marca o momento em que adolescentes e familiares permanecem aguardando o atendimento dos profissionais de saúde. A sala de espera se caracteriza como um período propício para identificar e discutir os problemas de saúde que acometem a população, além de transformar o tempo ocioso em tempo produtivo, ao estimular a promoção da saúde e a prevenção de agravos ao público adolescente. [1] Nesse ambiente é possível, mediante o processo dialógico, estimular a consciência crítica, política e cidadã através de práticas educativas. A finalidade básica da sala de espera é proporcionar a troca de conhecimentos, valorizando os saberes e a experiência dos participantes. [1] Com base nestas afirmações foi estabelecido como objetivo: relatar a experiência de alunos da faculdade de enfermagem acerca das atividades da sala de espera voltada para adolescentes e familiares.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência. O cenário do estudo é um ambulatório especializado no atendimento de adolescentes, localizado no estado do Rio de Janeiro. A sala de espera ocorre 1 vez por semana, às 13h, durante no máximo 40 minutos, não extrapolando esse horário, a fim de evitar desmotivação, pelo tempo excessivo. É utilizada a metodologia ativa, pautada nos preceitos da problematização de Paulo Freire e são realizadas dinâmicas interativas. [2] O material educativo utilizado e distribuído são os *folders* e cartilhas produzidos pela bolsista e voluntários com temas relevantes para o adolescer saudável. Durante a dinâmica é destinado um tempo para que os participantes levantem indagações, a fim de sanar suas dúvidas.

RESULTADOS

As atividades desenvolvidas evidenciaram que as práticas educativas promovem o encontro do enfermeiro com o público, gerando espaços de acolhimento, diálogo e discussão, servindo como

1 E-mail: inezalmeida2016@gmail.com

alicerce para a melhoria do cuidado prestado. Desde fevereiro até o mês de outubro de 2024, foram desenvolvidas 18 salas de espera, com a participação de, em média, 05 adolescentes e 05 familiares, totalizando 180 participantes. A convivência com esses usuários revelou que as temáticas abordadas são de fundamental importância para agregar saberes à comunidade. [3] À medida que as práticas educativas são realizadas torna-se perceptível a importância de se discutir assuntos relacionados à adolescência, para a formação de hábitos saudáveis. Os temas que mais têm sido abordados para discussão são: bullying, obesidade, prevenção de gravidez na adolescência, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Como ações futuras, espera-se alcançar maior quantidade de usuários que venham a se beneficiar das ações de cuidado do projeto, bem como apresentá-lo em eventos científicos e publicar artigos em revistas científicas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A realização da sala de espera tem alcançado seu propósito de implementar atividades educativas voltadas aos adolescentes e familiares na busca de torná-lo protagonista de sua vida. Este modelo de cuidado proporciona a troca de conhecimentos acerca de aspectos fundamentais a respeito da saúde dos adolescentes atendidos, atuando como espaço de interlocução entre instituição e comunidade. Além disso, tem proporcionado aos discentes a aquisição de habilidades e competências pouco exploradas no estágio curricular. A relevância para os estudantes se estabelece no trabalho didático-pedagógico, que vêm garantir o aprendizado, associando os conhecimentos teóricos com a construção prática, elementos fundamentais para a formação do acadêmico.

REFERÊNCIAS

- [1] Mazzetto FMC, Prado JTO, Silva JCC, Siqueira FPC, Marin MJS, Escames L *et al.* Sala de espera: educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco. SaudPesq [revista em internet] 2 de março de 2020. Acesso em 10 de abril de 2025;13(1):93-104. Disponível em: www.periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7433.
- [2] Santi DB, Baldissera VDA, Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. Saúde em Debate. 2023; 47 (139); 993-996.
- [3] Pimentel JSB. O Legado da Pedagogia Freireana no Processo e Ensino-Aprendizagem na Graduação de Enfermagem. In: Molin, RSD. Produção do Conhecimento em Enfermagem e Saúde: Compartilhando Experiências de Acadêmicos e Professores. São Paulo: Ed. Científica Digital; 2024. p. 71-85.

SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DA EPIDEMIOLOGIA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Karinne de Moura Saraiva¹

Salatyel Haran Caetano da Silva Paiva
Joselia Bandeira de Moura Medeiros Saraiva

Maria Carmélia Sales do Amaral

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda

Wanderley Fernandes da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As Salas de Situação em Saúde (SDSS) são instrumentos de planejamento estratégico e intervenções, no campo da gestão em saúde, relacionadas principalmente à agravos e condições de saúde pública. Essas salas dão suporte no reconhecimento dos agravos e questões epidemiológicas, sendo compostas por diversos elementos que facilitam a compreensão dessas situações de saúde, como indicadores de saúde, gráficos, tabelas e dados, além de mapas, painéis interativos. Além disso, as SDSS utilizam a tecnologia a seu favor, facilitando o cruzamento de informações e análise de dados, atuando de forma eficiente na tomada de decisões de forma eficaz. Predominantemente, as SDSS são desenvolvidas de forma emergencial visando o monitoramento de agravo específico, após controlada a situação/agravo, são encerradas. Por outro lado, são escassas experiências de SDSS articuladas à territórios vivos de saúde e a necessidades de saúde, constituindo-se sendo assim um instrumento amplo para gestão democrática e participativa no SUS e na atenção primária, garantindo assim, o direito à saúde.(1,2)

OBJETIVO

O trabalho tem como objetivo relatar a experiência de criação de uma Sala de Situação em Saúde de território abrangência de Unidade Básica de Saúde de Mossoró/RN, cidade do semiárido brasileiro, desenvolvida na disciplina de Epidemiologia e Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência da construção de Sala de Situação do território de abrangência de Unidade Básica de Saúde de Mossoró/RN, cidade do semiárido brasileiro. Tal experiência foi desenvolvida na disciplina de Epidemiologia e Enfermagem, ofertada no 4º período do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/

1 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: anakarinne@uern.br

UERN) em 2023. Para tanto, ocorreu nas seguintes etapas: reconhecimento do território através de visita panorâmica; coleta de dados de cada microárea relativa à Covid-19, hipertensão arterial, diabetes mellitus, Tuberculose e Hanseníase; organização e sistematização dos dados em gráficos e tabelas; e, por fim, construção de painéis interativos no *Google sites* com informações sobre o território e indicadores de saúde. Após finalizado, que foi apresentada à equipe da UBS e representante da gestão municipal. O desenvolvimento da SDSS foi orientado pelos docentes da disciplina, incorporando os conceitos de território, epidemiologia crítica e determinação social do processo saúde/doença, contado com a participação ativa dos profissionais de saúde, em especial, ACS e enfermeira.

RESULTADOS

O desenvolvimento e criação de uma sala de situação virtual proporcionou aos sujeitos envolvidos (alunos, docentes e trabalhadores da saúde) uma compreensão crítica sobre território e sua relação com a produção de problemas e necessidades de saúde, além de uma visão mais ampla acerca da importância das SDSS para análise e planejamento participativo em saúde. A utilização de tecnologias e recursos visuais como o aplicativo *Google sites*, mapas online, gráficos e tabelas, além de painéis interativos, foi um diferencial na construção da Sala de Situação, pois possibilitou uma organização e visualização mais interativa dos dados e informações, possibilitando também uma análise contextual da determinação social dos problemas de saúde daquele território. Além disso, outro resultado relevante acerca da construção da SDSS territorial, foi o fortalecimento do trabalho coletivo, da articulação entre Universidade e Serviço de Saúde, em especial com os Agentes Comunitários de Saúde que foram indispensáveis na coleta e análise dos dados. Ressalta-se, ainda, que tal experiência possibilitou fortalecer a articulação prática/teoria/prática, tendo no discente o protagonismo de sua formação. A atividade proporcionou ainda, um despertar para a os desafios e potencialidades do território, gerando uma visão crítica do mesmo e ressaltando a importância do território como espaço vivo de produção de necessidades de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência pedagógica de construção de SDSS virtual em território abrangência de UBS em município do semiárido brasileiro proporcionou um momento formação ética-técnica-política para os sujeitos envolvidos, momento em que possibilitou conhecer e compreender as problemáticas de saúde/doença do território, bem como a necessária reorientação do trabalho em saúde e da produção do serviço de saúde na UBS. Ademais, compreender os contextos de produção social dos problemas e necessidades de saúde, suscitou o debate sobre políticas e ações intersetoriais. Por outro lado, ressaltasse, que ainda, foi frágil a participação popular neste processo. Conclui-se assim, que atividades como essa são fundamentais para a formação em saúde/enfermagem comprometida com o Sistema Único de Saúde e o enfrentamento das desigualdades sociais, além de tornarem os acadêmicos mais críticos e sensíveis às necessidades e particularidades do território.

REFERÊNCIAS

- 1 Sellera PEG, Moretti E, Santos LAF, Almeida PHB, Santos SO, Moraes LFS. Sala de situação de saúde do Distrito Federal e o uso de tecnologias livres para o monitoramento da sífilis. Rev Bras Inov Tecnol Saúde. 2019;12:12. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/download/18681/12015>
- 2 Moya J, Silva Junior JBR, Martinello A, Bandarra E, Bueno H, Neto OLM, organizadores. Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_situacao_saude_2010.pdf

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: INVESTIGAÇÃO, CONSCIENTIZAÇÃO E COMBATE À INIQUIDADE

Letícia dos Reis Santos¹
Eliza Sandoval Vieira Pinto
Alex dos Reis Gonzaga
Karoline Pessoa Cardoso
Pedro Monteiro da Rocha Ramos
Larissa Silva de Jesus
Luiza Lima de Oliveira
Yasmim Santos Barbosa
Carla Adriene Silva Franchi
Jacqueline Teixeira Caramori

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) instituída em 2009, pela Portaria 992, completa 15 anos. É construída com o objetivo de diminuir as desigualdades raciais seculares no Brasil, consolidadas através do genocídio e exploração da população negra afro brasileira (1). A população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho, corresponde a maioria da população que sofre com padrão de moradia e disponibilidade de infraestrutura básica inferiores; sofrem com restrições aos acessos nos serviços de saúde, que quando realizados, são de menor resolutividade e é também a maior parte da população SUS-dependente (2). É, portanto, necessário uma política de atenção à essa população vulnerabilizada. A PNSIPN é pautada no cerne do princípio de equidade do SUS, no entanto, os boletins epidemiológicos de saúde da população negra comprovam que ainda não há um impacto contundente na melhoria da saúde desta população (3). A PNSIPN é o primeiro documento do sistema de saúde que chama atenção para doenças de maior incidência na população negra, para o racismo que ocorre dentro de instituições de saúde e evidencia a necessidade de atenção para esse contingente, aponta o racismo em indicadores de óbito precoce, mortalidade materna e prevalência de doenças como afecções cardiovasculares, tuberculose e diabetes (3,4).

OBJETIVO

Analisar a situação socioeconômica, cultural e sanitária, com recorte racial da população usuária do sistema público de saúde da região de Rubião Júnior–Botucatu . Ampliar o debate, com usuários e trabalhadores da saúde pública, acerca das peculiaridades da saúde da população negra, bem como analisar a aplicação da PNSIPN nesses espaços e fomentar a autodeclaração nos

1 Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. E-mail: leticia.reis-santos@unesp.br

diferentes equipamentos de saúde, com o objetivo geral de ser uma ferramenta no combate às iniquidades em saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa tem caráter quanti-qualitativo com inquéritos populacionais para usuários(as) e multiprofissionais da saúde (agentes comunitárias de saúde, enfermeiras, técnicas de enfermagem, técnicas de vigilância sanitária, dentistas, médicos(as) e outros profissionais de Unidades de Saúde da cidade de Botucatu, aplicados na unidade de saúde da família e no centro de referência em assistência social.

RESULTADOS

A amostra analisada teve 207 entrevistados, segundo a autodeclaração de cor predominam negros (45,9% pardos; 15% pretos), 32,9% brancos, 2,9% amarelos e 2,4% que não souberam ou preferiram não se autodeclarar. A maioria dos entrevistados (77%) informou que nos dispositivos da rede de saúde pública não houve oportunidade de autodeclaração racial e 18,8% responderam ter dúvidas sobre sua identidade racial. Dentre a população negra entrevistada, destacam-se índices que corroboram com a maior vulnerabilidade deste grupo populacional, como menores índices de acesso à lazer, ao serviço privado de saúde, serviço de saúde bucal e de saúde mental, comparados aos brancos. Dentro do grupo populacional de pretos e pardos também há menores índices de segurança alimentar – caracterizada pelo acesso pleno à alimentação, sem diminuição da quantidade e qualidade de alimentos ou preocupação com o seu acesso futuro, quando comparada ao nível de segurança alimentar dos declarados brancos. Além disso, cerca de 83,1% dos entrevistados afirmaram desconhecer a existência da PNSIPN, considerando o recorte da cor apenas 15,9% dos negros afirmaram conhecer a PSNIPN. Sobre essa mesma população, 13,5% afirmou se sentir intimidado em algum equipamento de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

À priori, a resistência ao fornecimento da autodeclaração racial representa um entrave no reconhecimento das necessidades de saúde da população negra e na aplicabilidade da PNSIPN, nesse sentido, os equipamentos de saúde não atingem sua potencialidade como ferramentas centrais no combate às iniquidades em saúde. Além disso, o nível de reconhecimento dos usuários acerca da PNSIPN sua importância e aplicabilidade também evidenciam a necessidade de ampliação de ações formativas que visem à integralidade da saúde da população negra.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.htm

- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. v.1. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/181yKKva_L_lvwMbrmx-9bvTYp2lxN21h/view?usp=drive_link
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. v.2. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1WDs15TcE4vuFPO6XM3QIjQH6SVQsqGme/view?usp=drive_link
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf

SAÚDE DO HOMEM E SEUS DESAFIOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA DURANTE ATIVIDADES PRÁTICAS

Raphael Miler dos Santos Bortolucci¹

Winicius de Souza de Lima

Victória Cecília de Oliveira Virgínio

Larissa Crispim Barbosa

Andrea Moreli Mendes Gualberto

Ana Maria Auler Matheus Peres

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A busca por uma formação médica enriquecedora perpassa tanto por um adequado arcabouço teórico de aprendizado quanto por atividades práticas, as quais permitem o contato com o paciente e todas as nuances inerentes a ele, proporcionando uma mescla produtiva entre dois mundos distantes: a universidade e a comunidade.

Nesse sentido, no âmbito da disciplina de Sociologia e Antropologia II, do curso de Medicina, da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), no ano de 2023, foi proposta uma pesquisa sobre marcadores sociais da diferença na saúde, na qual os discentes decidiram expor, dentro desse contexto, sobre o público masculino cisgênero e políticas públicas de saúde voltadas para esse grupo. À época, o grupo escolheu discutir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), passando por seus preceitos e seus desafios de plena implementação, além da proposição de possíveis melhorias para a mesma.

Atualmente, desde 2023, podemos observar e vivenciar, a partir de nossas aulas práticas com os pacientes nos serviços de saúde, todos os desafios que exploramos anteriormente naquele trabalho acadêmico, evidenciando como a teoria frequentemente se relaciona perfeitamente com a prática médica. Tal cenário deletério nos suscitou algumas ideias de melhorias com enfoque na quebra de paradigmas e estereótipos seculares, visando atingir o princípio da integralidade.

OBJETIVO

Compreender os desafios da adesão do público-alvo da PNAISH com foco na compreensão dos fatores socioculturais que influenciam as práticas de cuidado e a saúde do homem através da troca de experiências vivenciadas nos cenários de prática correlacionando com referências teóricas.

METODOLOGIA

A PNAISH tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. E-mail: raphaelmsb@alu.unifase-rj.edu.br

dessa população, abordando de maneira abrangente os fatores de risco e vulnerabilidades associados¹. Porém, há uma dificuldade na realização dessas propostas, tendo em vista nossas experiências nos serviços de saúde como estudantes de Medicina, que é a questão do patriarcalismo e todos os seus desdobramentos.

Muitas são as consequências do patriarcalismo sobre a sociedade, influenciando não só minorias sociais, mas também homens cisgênero. Nesse sentido, é válido correlacionar o patriarcalismo com a colonização eurocêntrica da nossa sociedade e, consequentemente, a influência disso na construção cultural. Ao longo da pesquisa vimos que Quijano² traz ao abordar “colonialidade do poder” uma reflexão crítica de como essa colonialidade não apenas reorganizou as relações de poder, mas como a sociedade compreende e organiza a cultura, a vida e a saúde, incluindo a construção de uma masculinidade idealizada associada à invulnerabilidade, autossuficiência, força e virilidade, impactando diretamente no processo de saúde-doença³. Assim, o cuidado da saúde por ser interpretado como inverso da idealização de masculinidade impacta os homens na busca dos serviços de saúde.

Um exemplo prático dessa conjuntura é o câncer de pênis (carcinoma espinocelular). Nesse contexto, é bem estabelecido⁴ que a falta de higiene genital é um forte fator predisponente ao desenvolvimento dessa neoplasia maligna. A má-higiene envolve principalmente fatores socioeconômicos, contudo as normas patriarcais, fazem com que saúde sexual masculina seja negligenciada, devido a estigmas de feminilidade e máximas de que ser “homem” sinônimo de isenção da necessidade de cuidado com a saúde. À exemplo disso, presenciamos um paciente à beira leito, no qual afirmou desconhecer a relação entre higiene e câncer de pênis, pois a educação sexual era tabu em seu ambiente familiar e social, reforçado pela visão do homem como imune a cuidados.

Durante a vivência no PSF, observamos um paciente com ansiedade, depressão e conflitos familiares que resistia à ajuda psicológica, associando-a à fraqueza, reflexo da noção tóxica de masculinidade que enxerga sofrimento mental como falha, gerando desprezo, vergonha e negação. Segundo Albuquerque⁵, a estrutura patriarcal reforça a ideia de que homens devem ser autossuficientes, controlar emoções e evitar demonstrar vulnerabilidade, interpretando o autocuidado como uma quebra do “ideal viril”, podendo adotar mecanismos de negação, abuso de substâncias ou comportamentos de risco, para fugirem do cuidado à saúde mental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A saúde masculina ultrapassa o cuidado médico, vinculando-se a estruturas patriarcais (machismo, androcentrismo, misoginia) herdadas de processos coloniais. Essas normas afetam toda a sociedade, inclusive homens cisgênero, reforçando estigmas que dificultam o acesso à saúde.

Propõe-se espaços como a Casa Azul, ambiente acolhedor, sem julgamentos, que integre serviços estigmatizados (urologia, psicologia) com educação descolonizadora. O local oferecerá consultas preventivas, discussões sobre higiene, acompanhamento médico regular e debates críticos sobre patriarcado e colonialismo, desconstruindo padrões tóxicos de masculinidade.

A iniciativa visa combater a negligência à saúde sexual e mental, associada a estereótipos de “força” e “autossuficiência”, promovendo cuidado integral. A abordagem prioriza a sensibilização sobre vulnerabilidades, incentivando homens a buscar ajuda sem associá-la à fraqueza, rompendo ciclos de negação e abuso de substâncias.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem>
- (2) Quijano. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf
- (3) Brasília, DF. Secretaria de Saúde. Homem, por que você não vai ao médico?. Brasília, DF: Secretaria de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/homem-por-que-voc%C3%AAAn%C3%A3o-vai-ao-m%C3%A9dico->
- (4) Lynch DF. Cancer of the Penis. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al., editors. Holland-Frei Cancer Medicine. 6th edition. Hamilton: BC Decker; 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13419/>
- (5) Albuquerque FP. Sofrimento mental e gênero: os homens e o cuidado na rede de atenção psicossocial. 2020; disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.5.2020.tde09022021-094039>

SAÚDE MENTAL NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raquel Fernandes Coelho¹

Anna Catarina Skacel

Valéria Romano

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

“Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites.” (1)

Um serviço é territorializado quando se utiliza do território para caracterizar as condições de saúde e doença daquela população, como no caso do Deambulatório, que se organiza a partir de uma região específica, a população adscrita de duas clínicas da família. (2)

Busco, através dos relatos, trazer sobre a complexidade da saúde mental nos três níveis de atenção, que nos traz um pensamento interessante, abordado no Saúde mental e atenção psicossocial:

No caso da saúde mental, a complexidade é invertida: no nível terciário (hospitalar) as respostas são padronizadas, massificadas, elementares: medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento etc. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem. (1)

Outro tema que considero importante abordar, pois perpassa os relatos, é a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS. Essa é uma estratégia transversal do SUS que visa ser compreendida como política pública. A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. (3)

Como método de aplicar a PNH na prática, temos três orientações dentro do documento base para gestores e trabalhadores do SUS: inclusão dos diferentes sujeitos no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança, sendo realizada com a análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises e inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. (3)

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: raquelfernandescoelho@gmail.com

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma aluna de residência médica sobre os entrelaçares da rede de atenção psicossocial frente aos disparates diários.

METODOLOGIA

Realizo uma pesquisa qualitativa caracterizada por um relato de experiência. Estudo este que abrange a minha experiência nas atividades coletivas das quais participei e ajudei a organizar no serviço do Deambulatório da zona norte do Rio de Janeiro durante o meu segundo ano de residência em Medicina de Família e Comunidade, especificamente no mês de julho de 2024. Não houve a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, considerando que a fonte é a própria experiência.

Resultados

Deambulatório é um projeto de saúde associado à saúde mental no Rio de Janeiro. Até o presente momento, não temos documentos oficiais que descrevem sua prática, porém temos a fala do psiquiatra doutor Hugo Marques Fagundes Júnior, que coordena a Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro, na audiência pública da comissão permanente de higiene, saúde pública e bem-estar do dia 30/08/2021. Ao pensar em deambular, constrói-se a imagética do ambulatório que se territorializa e consegue fazer busca ativa e entender a comunidade que cerca seu paciente. (4)

Fica fisicamente localizado em uma rua sem saída da zona norte do Rio de Janeiro. O prédio é antigo, tem dois andares e é clássico dos serviços de saúde dos anos 90 e com muitas pinturas sobrepostas e atualmente azul escuro, da cor do emblema do SUS. O dispositivo também utiliza de espaços externos e territoriais para as atividades. A rotina da equipe funciona com a maioria dos trabalhadores realizando 30 horas semanais e comparecendo às terças pela manhã, obrigatoriamente, em que é realizada a reunião de equipe.

São organizadas quatro semanas-padrão que se intercalam ao longo dos meses a fim de permitir que os pacientes tenham a primeira colhida às terças e tenham três retornos de “primeira vez” até serem acolhidos em grupos pré-existentes com temáticas definidas. (5) Trago também narrativas com os títulos “Sempre assim”, ‘A questão do interpessoal “Intersetorial” e “entre o não saber e o não querer saber”.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Após a vivência, consegui concatenar percepções frente aos diversos campos vivenciados durante o mês de estágio. No campo do interpessoal, entendi a importância de ampliar o conhecimento sobre o território e as diversas capacidades dos profissionais participantes, a fim de reduzir as iniquidades dentro do próprio trabalho, mas também mudar a percepção dos pacientes e profissionais sobre a saúde mental. Reforçar o conhecimento sobre o território permite que encontremos pares para auxiliar na caminhada, permite que encontremos o sofrimento que não era alcançado e permite proporcionar saúde.

Dentro do próprio quadro profissional, da equipe diária, vejo a importância de se dedicar a construção de processos, formas de padronizar os atendimentos e avaliações para que seja possível reforçar as devolutivas para os pacientes, famílias e equipe de referência da atenção primária.

Na relação com a atenção primária, é necessário reforçar a capacitação em saúde mental, em busca de uma atenção primária bastante resolutiva e que possa contar com a disponibilidade do matriciamento como braço de apoio, mas não de entrega.

Por fim, acredito que a secretaria de saúde mental precisa protocolar processos do projeto, principalmente sobre limites de atuação e equipe mínima.

REFERÊNCIAS

- (1) Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. Temas em saúde collection.
- (2) Santos F. Territorialização em saúde. 2023. Disponível em: file:///C:/Users/raque/Downloads/flaviasantos,+3+-+TERRITORIALIZAO+EM+SADE.pdf. Acesso em: 23 nov. 2024.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. HUMANIZAsus: documento para gestores e trabalhadores do SUS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
- (4) Rio de Janeiro. Câmara Municipal. Ata da sessão. Disponível em: <https://aplicnt.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/atas.nsf/0/EF3FF41D5097324D03258741007998A4?OpenDocument>.
- (5) Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Textos curso vigilância em saúde. 2020. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf.

SAÚDE PÚBLICA EM AÇÃO: A ESTRATÉGIA DE COMBINAÇÃO DE MULTAS E REPELENTES NA PREVENÇÃO DE ARBOVIROSES EM IPATINGA

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento¹

Josiane Marcia de Castro

Walisson Medeiros

Elisangela Alves Santana

Ana Caroline Marques Oliveira

Elainize Rodrigues

Alana do Carmo Rodrigues

Igor Miranda Costa de Aquino

Shara Regina da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A transmissão vertical de arboviroses, como dengue, zika e chikungunya, constitui um desafio à saúde pública, especialmente em cenários de epidemias e surtos. Gestantes, devido às suas condições fisiológicas e à vulnerabilidade do feto, são suscetíveis aos impactos dessas doenças, que podem resultar em complicações graves, como malformações congênitas ⁽¹⁾. Nesse contexto, a prevenção se torna a principal estratégia para controlar e reduzir os riscos enfrentados por esse público. Uma das medidas preventivas é o uso de repelentes para evitar a picada de mosquitos transmissores, como o *Aedes aegypti* ⁽²⁾. No entanto, o acesso a esses produtos pode ser limitado, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social ⁽³⁾. Distribuir repelentes para gestantes por meio da conversão de multas aplicadas por infrações sanitárias surge como uma estratégia inovadora, que integra a necessidade de cumprimento das normas sanitárias à promoção da saúde pública. Essa abordagem está fundamentada no conceito de justiça social e equidade, princípios essenciais para políticas de saúde que busquem mitigar as desigualdades de acesso e considerar os determinantes sociais da saúde. Ao vincular a penalização com a promoção do bem-estar coletivo, essa medida não apenas reforça o cumprimento das normas sanitárias, mas também contribui para a proteção de grupos vulneráveis, como as gestantes.

OBJETIVO

Relatar a experiência da distribuição de repelentes para gestantes, como medida preventiva contra a transmissão vertical de arboviroses, por meio da conversão de multas aplicadas por infrações sanitárias. Busca-se entender como essa estratégia pode contribuir para a redução dos riscos de arboviroses em gestantes, avaliar seu impacto na promoção da saúde pública, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social.

1 Prefeitura Municipal de Ipatinga. E-mail: vanessaramlow@hotmail.com

METODOLOGIA

Em outubro de 2024, o município de Ipatinga iniciou uma proposta inovadora de prevenção à transmissão vertical de arboviroses, contemplando 1.200 gestantes da cidade. A proposta consistiu na distribuição de repelentes a cada trimestre, com a entrega de um frasco para cada gestante inscrita no programa. A escolha do repelente como medida preventiva se baseia na eficácia comprovada dessa substância na redução da exposição às picadas do mosquito transmissor, sendo uma forma acessível e prática de proteção. A distribuição dos repelentes foi viabilizada por meio de um mecanismo inovador, utilizando a conversão de multas aplicadas por infrações sanitárias. A ideia foi transformar as penalidades em uma contribuição direta para a saúde pública, com foco na proteção de gestantes em situação de maior vulnerabilidade social. Multas relacionadas a infrações sanitárias, como a falta de combate ao mosquito em imóveis ou estabelecimentos comerciais, foram convertidas em recursos que financiaram a compra dos repelentes, garantindo a entrega dos produtos para as gestantes de maneira gratuita. Além de beneficiar as gestantes, essa abordagem também contou com o envolvimento positivo dos estabelecimentos autuados, que expressaram satisfação em contribuir para a saúde pública municipal. Ao invés de encararem as multas como penalidades, muitos estabelecimentos entenderam a conversão dessas infrações em uma ação direta para o bem-estar coletivo, reforçando o compromisso com a saúde da comunidade. Esse espírito colaborativo foi amplamente reconhecido pelas autoridades locais, que destacaram a importância da parceria entre setor público e privado no enfrentamento das arboviroses. As gestantes foram cadastradas por meio de unidades de saúde locais e receberam os frascos de repelente diretamente nas unidades de atendimento. Além disso, a distribuição foi acompanhada de orientações sobre o uso adequado do produto e sobre medidas complementares de prevenção, como o controle do criadouro do mosquito, uso de roupas que cubram o corpo e a eliminação de focos de água parada. Esse formato trimestral também permitiu um monitoramento constante da adesão ao programa e o ajuste de estratégias conforme as necessidades da população atendida. A proposta não apenas focou na proteção individual das gestantes, mas também procurou sensibilizar a população sobre a importância do combate coletivo às arboviroses. Em termos de resultados, a proposta visou impactar diretamente a redução das taxas de infecção por arboviroses em gestantes, melhorando os indicadores de saúde materno-infantil e minimizando os riscos associados à transmissão vertical das doenças. O programa também se propôs a ser uma estratégia de justiça social, promovendo equidade no acesso à prevenção, especialmente para aquelas gestantes em condições socioeconômicas mais vulneráveis.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que este modelo de intervenção em saúde pública, com a integração de diferentes áreas como a vigilância sanitária e a saúde coletiva, reflete uma abordagem intersetorial e inovadora, que otimiza recursos existentes de maneira eficaz para enfrentar problemas complexos, como a transmissão de arboviroses em grupos vulneráveis. A experiência pode servir como modelo para outros municípios que enfrentam desafios semelhantes, demonstrando que políticas públicas intersetoriais, inovadoras e colaborativas são fundamentais para a promoção da saúde e para o enfrentamento de doenças

infeciosas de forma eficaz e inclusiva. Finalmente, é necessário continuar o monitoramento dessa iniciativa e expandir outras ações preventivas, garantindo que a proteção à saúde da população gestante seja sustentada e adaptada a novos desafios que possam surgir no futuro, reforçando a importância da atuação integrada e da conscientização da população para a prevenção das arboviroses.

REFERÊNCIAS

- (1) Rodrigues Lemos J, Jacques Sousa de Assis SK. Transmissão vertical do vírus Oropouche no Brasil e aspectos clínicos: uma revisão de literatura. JMBR. 2024;1(3):68-83. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/70>
- (2) Antero AA, Santiago CM, Florencio C do N, Ribeiro WA. Ações educativas de enfermagem na prevenção e controle das arboviroses. REASE. 2024;1(01):138-53. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17136>.
- (3) Silva ACM, Silva ML, Duarte LC, Sousa AC, Bezerra YCP. A dengue na gestação: do risco à prevenção. REASE. 2024;10(12):2307-15. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17483>.

SAÚDE, VIDAS E TERRITÓRIOS MARGINAIS: ARTICULAÇÕES ENTRE AS EXPERIÊNCIAS COM VIVENTES DE RUA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Ricardo Sparapan Pena¹

Maicon de Avila Oliveira

Brenda Milenda Ferreira Comes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esta investigação é parte do estudo multicêntrico “Práticas e saberes que vêm das margens: encontros e desencontros com a atenção e a formação em saúde”, coordenado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e busca conhecer os saberes e práticas de cuidado produzidos por/e para as pessoas em situação de rua, analisando como/e se as equipes de saúde e a formação para o SUS os reconhecem e valorizam. Parte da hipótese de que essas pessoas desenvolvem práticas singulares de cuidado, pois não têm amplo acesso aos serviços de saúde. Em nosso campo de investigação, um município interiorano de médio porte, acompanhamos por meio dos trabalhos desenvolvidos pela Universidade Federal Fluminense (UFF), como os marcadores sociais interseccionados produzem exclusão, problematizando a produção de informações que fomentam as ações de diferentes setores voltadas a essas pessoas. Este campo vem se constituindo na articulação entre Universidade e serviços de Atenção Básica (AB), com grupos de pessoas em situação de vulnerabilidade e com estudantes e pesquisadores. O estudo afirma sua proximidade com um grupo sujeito às múltiplas vulnerabilidades e violências e que, historicamente, tem seu acesso e cuidado à saúde negligenciados pelos serviços, o que, entre outros fatores, tem feito com que se mobilize nos últimos anos para conquistar políticas e garantir direitos.

OBJETIVO

Analisar a produção de cuidado de/e sobre pessoas que vivem nas ruas e suas relações com os serviços de AB e instituições formadoras em saúde.

1. Descrever e compreender como essas pessoas produzem saberes e práticas de cuidado em saúde;
2. Analisar o acesso e a produção do cuidado nos serviços de AB às pessoas em situação de rua;
3. Mapear e analisar a interferência dos saberes e práticas de cuidado produzidos pela/e sobre as pessoas que vivem nas ruas nos processos formativos em saúde.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: ricardopena@id.uff.br

METODOLOGIA

Adotamos a pesquisa-interferência [1,2] para produzir a escuta de vidas marginais, tornando visível os diferentes modos de expressão do cuidado de/e sobre si exercidos pelas pessoas que vivem nas ruas. Defendemos que os pesquisadores não são apenas os academicamente reconhecidos, mas sim os trabalhadores da AB e as pessoas que vivem em situação de rua. Este movimento afirma uma perspectiva ético-política que valoriza como elemento analítico tudo o que in(mundiza) [3] os campos de pesquisa, trazendo as imperfeições, os vieses, as impossibilidades, entre outros aspectos, como importantes analisadores na produção do conhecimento [4]. A pesquisa tem a duração de 24 meses e os registros em campo, após a liberação do comitê de ética, se darão através de diários de campo, entrevistas e rodas de conversa. A análise dos materiais se dará através da transformação desses registros em narrativas, as quais constituem uma memória coletiva das tramas políticas de conformação dos territórios.

RESULTADOS

Como resultados iniciais, apontamos que os participantes deste estudo já foram definidos, sendo eles: o grupo de pesquisa, representando a Universidade enquanto instituição formadora em saúde; os trabalhadores da AB situados em um dos distritos sanitários do município de abrangência da pesquisa; as pessoas em situação de rua, convidadas a partir da participação da Universidade no Comitê Intersetorial Municipal de Acompanhamento e Monitoramento de Políticas para População em Situação de Rua (CIAMP Rua). A presença da Universidade no CIAMP Rua, permitiu a entrada deste estudo nos debates locais sobre as ofertas de educação, trabalho, saúde, moradia, violação de direitos humanos e participação das pessoas em situação de rua na elaboração de políticas públicas. Identificamos, neste espaço, o tema da Redução de Danos e sua ausência enquanto elemento estratégico na organização de redes de cuidado à saúde e, deste modo, construímos um seminário local, em 2024, sobre Redução de Danos e Território, abordando a articulação entre as experiências de cuidado com viventes de rua e produção de conhecimento. Atualmente, nosso diálogo é fortalecido com a AB, com participação efetiva da Equipe do Consultório na Rua e de Unidades Básicas de Saúde de regiões centrais do município e com maior circulação de pessoas em vulnerabilidade. Na esteira deste processo, um projeto de extensão, já em curso, tem focado, nos últimos dois anos, na discussão sobre o cuidado aos viventes de rua, sobre o uso de substâncias e a interface entre AB e Saúde Mental. Compreendemos, então, que essas iniciativas interferem na movimentação do campo de estudo e demarcam, epistemologicamente, a atuação dos pesquisadores como produtores não apenas do processo de investigação, mas também de seu território.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Conforme nos relatam Machado e Rabello [5], a ausência de indicadores de saúde das pessoas em situação de rua, bem como de indicadores de trabalho para as equipes de saúde de AB que atuam junto aos mesmos invisibiliza os quadros de morbidade e mortalidade. Reforçam esses fatos a fragilidade

na adesão de estados e municípios à Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR) e a ausência de novas publicações orientadoras para o cuidado à saúde desse segmento. Sendo assim, conhecer essas práticas de cuidado desenvolvidas pelos viventes de rua, em suas singularidades, e os fatores que prejudicam o acesso aos serviços de saúde, é importante para potencializar os serviços, transformar os processos formativos e problematizar, nos campos do cuidado e da formação, a produção de informações em saúde que fomentam e aperfeiçoam as políticas e programas voltados para as pessoas em vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Moebius RLN. Pesquisa interferência desde Heisenberg. *Diversitates*. 2015;7(1);54-61.
- [2] Abrahão AL et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes MPC, Merhy EE (Org). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p. 155-70.
- [3] Figueiredo EBL, Andrade EO, Muniz MP, Abrahão AL. Pesquisa-interferência: um modo nômade de pesquisar em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):571-6.
- [4] Machado MPM, Rabello, ET. Consultórios na rua: uma revisão de literatura sobre seus objetivos, resolatividade e critérios de monitoramento e avaliação. In: Nunes NRA, Senna MCM; Cinacchi GB, organizadores. *População em situação de rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais*. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA; 2022. p. 109-72.

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA MÃES DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIAL E/OU PALATINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lucas Marques Angelim¹

Vitor Rafael Gomes

Ana Laura Araujo Ferreira

Caio Vieira de Barros Arato

Stefany Del Carmen Peres Puello

Michelli Carolliny de Oliveira

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais (FLP) são malformações congênitas resultantes de interferências no desenvolvimento embrionário da face, o que ocasiona regiões de descontinuidade na estrutura facial [1]. A fissura labial (FL) caracteriza-se pela ausência de continuidade no lábio, enquanto a fissura palatina (FP) se dá pela comunicação entre as cavidades oral e nasal [2]. Tais condições podem ocorrer isoladamente ou de forma associada.

Essas interferências estético-funcionais geram um antagonismo significativo em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME), uma vez que a presença de FLP pode dificultar a amamentação, o que pode impedir a recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Academia Americana de Pediatria (AAP) acerca da alimentação exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade devido aos benefícios comprovados para a saúde da criança e para a mãe que amamenta. Estudos destacam a importância do aleitamento materno, associando-o a um melhor desempenho cognitivo e a respostas socioafetivas adequadas.

Estudos indicam que fatores emocionais, como ansiedade e insegurança, agravam a situação. No entanto, há escassez de pesquisas qualitativas sobre a percepção materna. Esta revisão integrativa investiga os sentidos e significados atribuídos ao aleitamento materno por mães de crianças com FLP, visando contribuir para o aprimoramento das estratégias de apoio.

OBJETIVO

Explorar a literatura sobre os sentidos e significados atribuídos ao aleitamento materno por mães de crianças com fissura labiopalatal, identificando barreiras e possíveis estratégias de suporte.

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: lucas.marques231@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, abrangendo estudos qualitativos e quantitativos. Utilizou-se a estratégia de busca PCC (População, Conceito e Contexto) e as bases de dados Google Acadêmico, Science Direct, Scopus e PubMed. Foram selecionados estudos completos em inglês e português, excluindo-se revisões sistemáticas, cartas e editoriais. A seleção dos estudos ocorreu de forma independente por dois revisores, sendo os dados extraídos e tabulados para análise descritiva.

RESULTADOS

De 224 estudos, somente 4 foram selecionados por alinhamento ao foco da pesquisa. O suporte pré-natal mostrou-se um fator positivo para o sucesso da amamentação. Mães relataram emoções como choque, tristeza e ansiedade, além da percepção de falta de apoio, o que contribui para o desmame precoce. Foi possível verificar a angústia das mães dessas crianças em relação à amamentação, uma vez que as interferências estético-funcionais, como o déficit de sucção, impactam negativamente na adesão ao aleitamento materno [3]. Além disso, a desconfiança e a insegurança dos pais constituem fatores que podem contribuir para o desmame precoce [4].

O estudo de Bonisi et al, 2018, contempla relatos de mães e descreve reações emocionais negativas em relação ao nascimento de crianças com fissura labiopalatal, como preocupação, ansiedade e tristeza, que, por vezes, resultam em uma certa rejeição ao filho e, consequentemente, em dificuldades no processo de amamentação [5].

Contudo, é preciso ressaltar que a significativa lacuna na literatura, revelada pela presente revisão, compromete os esforços para se oferecer um cuidado integral, humanizado e acolhedor à díade mãe-bebê nesses casos. A ausência de acolhimento adequado agrava os obstáculos enfrentados, indicando a necessidade de estratégias de suporte psicológico e social para essas mães. Profissionais de saúde e redes de apoio devem trabalhar para criar um ambiente onde as mães possam expressar suas preocupações e desafios sem julgamento, promovendo um espaço seguro para a troca de experiências e a construção de estratégias de enfrentamento.

As intervenções devem ser pensadas não apenas para promover o aleitamento materno, mas também para abordar as questões de saúde mental que podem surgir nesse contexto em face de sua impossibilidade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A revisão evidenciou a complexidade dos desafios enfrentados por mães de crianças com FLP, que envolvem tanto dificuldades físicas quanto impactos emocionais. A escassez de estudos qualitativos aponta para a necessidade de pesquisas aprofundadas sobre a percepção materna. A implementação de programas de suporte e acolhimento, além da capacitação de profissionais de saúde, pode contribuir para um atendimento mais humanizado e efetivo.

REFERÊNCIAS

- [1] Hammond NL, Dixon MJ. Revisiting the embryogenesis of lip and palate development. *Oral Dis.* 2022;28(5):1306–26.
- [2] Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach. St. Louis: Mosby Incorporated; 1995.
- [3] Trettene ADS, Maximiano TDO, Beraldo CC, Mendonça JSC, Luiz AG. Alimentação do lactente com fissura labiopalatina no primeiro ano de vida. Botucatu; 2017.
- [4] Luiz AG. Alimentação do lactente com fissura labiopalatina no primeiro ano de vida. Botucatu; 2017.
- [5] Bonsu AB, Dzomeku VM, Apiribu F, Yeaboah SO, Asamoah B, Mensah KB, et al. Having a child with orofacial cleft: reaction and psychosocial experiences of Ghanaian mothers. 2018.

SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO PARA FONOAUDIOLOGOS COLOMBIANOS: ENFOQUE TERRITORIAL

Claudia Milena Mora Cardozo¹

Henry David Tovar Rios

INTRODUCCIÓN

En América Latina, la fonoaudiología comunitaria y territorial ha emergido como respuesta a las necesidades de salud comunicativa en contextos diversos. Estudios en Colombia [1,2] y Chile [3,4] revelan que el trabajo en APS exige competencias interculturales y comunitarias, distanciándose del enfoque clínico tradicional. Investigaciones como las de Telles et al. [5] y Rodríguez et al. [6] destacan la urgencia de incorporar perspectivas críticas y saberes ancestrales, evidenciado en experiencias con comunidades mapuches y enfoques de salud colectiva brasileña.

En Colombia, mientras la reforma a la Ley 376 [7] reconoce oficialmente esta dimensión comunitaria, persisten desafíos formativos. El Servicio Social Obligatorio (Circular 00022/2023) enfrenta limitaciones en competencias para el trabajo territorial, particularmente en seguimiento de programas comunitarios [8]. Esta investigación documenta experiencias de fonoaudiólogos en Colombia, con tres objetivos: visibilizar metodologías interculturales; analizar impactos en comunidades rurales/urbanas; y proponer lineamientos para la formación en APS. Los resultados buscan fortalecer una fonoaudiología decolonial, y las demandas de los territorios.

OBJETIVO

Analizar las competencias profesionales requeridas para las acciones fonoaudiológicas en Colombia, por medio de las narrativas relacionadas con reflexiones entorno al servicio social obligatorio y las experiencias profesionales de fonoaudiología.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa con alcance descriptivo, desarrollada en cuatro fases: 1. Construcción de instrumentos (entrevistas semiestructuradas y encuestas); 2. Recolección virtual por Teams (con consentimiento informado), dirigido a fonoaudiólogos con experiencia en salud pública (APS, PyP, RBC, o práctica comunitaria) en diversos territorios de Colombia, 3. Análisis con Atlas. Ti (transcripciones y análisis de discurso por categorías); 4. Co-construcción de recomendaciones y estrategias de divulgación con asociaciones gremiales. Criterios inclusión: Solo profesionales de fonoaudiología con experiencia territorial; criterios de exclusión: otros perfiles. Instrumentos: encuestas (datos profesionales) y entrevistas virtuales grabadas.

1 Corporación Universitaria Iberoamericana. E-mail: milena.moracardozo@docente.ibero.edu.co

RESULTADOS

En el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) se encontraban registrados 9420 profesionales en fonoaudiología que laboraban en Colombia para el año 2023, en este sentido, los resultados preliminares de la investigación se centran en el análisis de las entrevistas semiestructuradas a 10 profesionales de fonoaudiología ubicados en Cundinamarca y Valle del Cauca, quienes señalan los retos que le implican a la academia para ser presente, co-constructora y cuidadora de la salud comunicativa en los territorios.

Se reconoce que, en los últimos años, algunos profesionales en el campo de la fonoaudiología se han acercado a epistemologías del sur, decoloniales, epistemologías de los Sordos, epistemologías otras [9], aun así, son pocos los profesionales que se acercan a estas nuevas formas de conocer, pensar, reconocer y considerar la comunicación y su diversidad. Estas propuestas trascienden en ese trabajo interdisciplinario con las ciencias médico-clínicas, educativas-psicológicas, y netamente academicistas y se acercan a colaborar y reconocerse entre saberes cotidianos, cercanía territorial y reconocimientos multiculturales y comunitarios.

Nota: Esta investigación se encuentra actualmente en la fase de recolección y análisis preliminar de datos. Se cuenta con aval institucional, y se proyecta su finalización en el segundo semestre del año. Los avances en la fecha de realización del congreso serán significativos en el análisis de los datos.

CONSIDERACIONES

La participación del fonoaudiólogo en APS en Colombia carece de evidencia sistematizada. Mediante las entrevistas a 10 profesionales, se identificaron: Barreras estructurales en articulación intersectorial que perpetúan modelos biomédicos hegemónicos; Estrategias innovadoras territoriales que resignifican el rol del fonoaudiólogo como facilitador comunitario; y Brechas curriculares que ignoran saberes y resistencias cotidianas. Los hallazgos preliminares demandan políticas que reconozcan prácticas comunitarias, reformas educativas con enfoques movilizadores, y guías prácticas co-construidas con comunidades. Los resultados invitan a develar la colonialidad del saber, que limita el impacto real en territorios, proponiendo un marco crítico para transformar la praxis fonoaudiológica en clave intercultural.

REFERENCIAS

- (1) Carreño Patiño LB. Acciones del fonoaudiólogo (a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS); la teoría frente a la practica. Universidad Nacional de Colombia. 2018. Disponible em: <http://bdigital.unal.edu.co/71054/>
- (2) Moreno-Chaparro J, Calderón-Calvo A, Cubillos-Mesa C, Moreno-Angarita M. Policies and practices: Speech-language pathology and occupational therapy services provision to early childhood in Colombia. *Rev Facultad Med.* 2018;66(1):97-102.
- (3) Saavedra ST, Lizana NM. Speech Therapy practice in Primary Health Care in Chile from the perspective of

users, speech therapists, and other health professionals from Santiago. *Rev Chilena Fonoaudiol.* 2021;20:1–10.

- (4) Silva-Ríos AP, Del Campo Rivas MN. Valoración de la Calidad de la Práctica Fonoaudiológica en Atención Primaria de Salud. *Rev Investigación Logopedia.* 2022;12(1):e72617.
- (5) Ribeiro de Araújo MV, Rodrigues Arce VA, Da Silva Lima BP, Pinto Telles MW. Contribuciones de la salud colectiva brasileña a la reorientación de la formación y la práctica de la fonoaudiología. *Rev Chilena Fonoaudiol.* 2022;21(2):1–9.
- (6) Rodríguez Marconi D, Morales Cárdenas C, Lapierre Acevedo M, Contreras Reyes F, Elgueta Linares P, Risso Ríos C, et al. Aproximación desde la salud mapuche a los trastornos fonoaudiológicos en la Región de La Araucanía, Chile: Hacia una fonoaudiología en clave intercultural. *Rev Chilena Fonoaudiol.* 2022;21(2):1–13.
- (7) Perdomo Galindo M, Molina Bejar R, Amarillo López M, Barrera Vásquez M. Resultados de encuesta sobre Reforma de ley 376 de 1997: Fonoaudiología. *Areté.* 2023 Jun 30;23(1 SE-Sección investigativa):53–62. Disponible em: <https://arete.iberro.edu.co/article/view/art.23106>
- (8) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil Y Competencias Profesionales Del Fonoaudiólogo En Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. Disponible em: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Optometr?a_Octubre2014.pdf<https://revistas.iberroamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/91><https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1067946><http://www.scielo.o>
- (9) Munévar Munévar DI, Fernández Moreno A, Gómez AY. Epistemologías otras en la formación posgraduada en discapacidad de la Universidad Nacional de Colombia. In: *Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina.* 2019. p. 45–73. Disponible em: https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctv1gm00ws.5.pdf?refreqid=fastly-default%3A7ef601c2e994bdf9316307f40870c97e&ab_segments=&initiator=&acceptTC=1

SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA: O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DIRECIONADORA DO FLUXO DE USUÁRIOS

Maria Eduarda Squinca Dias Campos¹

Giovana Carvalho Fernandes

Nícolas Dominic Soares Brito

Pedro Tuma Leonardo

Kathleen Tereza da Cruz

Maisa Melara

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Esse artigo é resultado de atividades da disciplina de Saúde Coletiva de uma faculdade de medicina do Rio de Janeiro, com foco no processo de trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na qual visitas observatórias instigaram questionamentos a respeito do “acolhimento”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) visa atender os cidadãos nas mais variadas complexidades. As UPAs, parte do Sistema, são serviços pré-hospitalares, de complexidade intermediária da rede de atenção às urgências, que prestam, 24 horas por dia, atendimento resolutivo e qualificado a pacientes em condições clínicas urgentes, e se comunicam com outros serviços da rede de forma organizada e integrada [1].

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada para efetivar os princípios do SUS [2]. O “acolhimento”, uma diretriz da PNH, é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas e na responsabilização pela resolução [3].

Apesar de ser aplicado sob a forma de “classificação de risco” nas UPAs, para priorizar os atendimentos, ele não deve se limitar a isso. Para que o termo pudesse ser melhor compreendido, foram criadas cinco categorias de acolhimento: institucional, linguístico, médico-informativo, afetivo e social. Tal categorização guia esse trabalho e contribui para o entendimento das possibilidades de acolhimento e de real integração das UPAs com os demais serviços da rede de saúde.

OBJETIVO

Observar como ocorre o acolhimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Com base nisso, reconhecer os sucessos alcançados e os principais desafios existentes em um UPA e na sua articulação com a atenção básica, os quais complexificam o processo de acolhimento dos usuários por parte da equipe de saúde. A partir disso, analisar e propor possíveis ferramentas passíveis de favorecer o melhor acolhimento possível em uma UPA.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: squinca.maria.e@gmail.com

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo e transversal em uma UPA localizada no estado do Rio de Janeiro, com cinco visitas feitas entre agosto e outubro de 2024. A amostra contém 26 participantes, sendo 14 profissionais de saúde e 12 usuários. Os trabalhadores foram entrevistados durante seus intervalos. Os pacientes foram abordados enquanto aguardavam atendimento.

As variáveis analisadas incluíram cargo, tempo de atuação, carga horária e percepção do impacto do cansaço no atendimento, no caso dos profissionais. Aos usuários, questionou-se a qualidade do acolhimento recebido. A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas diretas, em 15 de outubro de 2024, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer número 5.527.563.

Para a análise das respostas, o acolhimento foi categorizado em cinco eixos: Institucional, referente à acessibilidade física e geográfica; Linguístico, à adequação da linguagem sociocultural; Afetivo, relacionado ao cuidado emocional; Médico-Informativo, à clareza das orientações médicas; e Social, ao vínculo entre profissional e usuário.

RESULTADOS

A UPA mostrou-se referência para o atendimento dos casos de média e baixa complexidade, tendo sido o primeiro local procurado por 91,7% dos usuários entrevistados.

Diante do alto fluxo de pacientes na UPA, a equipe médica foi questionada sobre as possíveis causas. Segundo eles, cerca de 80% dos atendimentos na emergência envolvem demandas que deveriam ser resolvidas na atenção básica, o que contribui para esse congestionamento. Embora 63,3% dos profissionais considerem a carga horária de trabalho numericamente adequada, eles relataram uma equipe reduzida, o que gera sobrecarga e compromete a qualidade do acolhimento oferecido.

Já entre os usuários, muitos relatam buscar a UPA mesmo em casos não urgentes, pela expectativa de resolução rápida, apesar da média de espera ser de quatro horas. Porém, é necessário entender que urgência tem um significado diferente entre profissionais e usuários. Para a equipe, está relacionada a condições com risco de vida, e, já para a população, às necessidades variadas, como a sentimentos de aflição e angústia, que requerem assistência [4]. Além disso, muitos usuários atribuem essa escolha à falta de informação sobre os serviços da atenção primária, de modo que desconhecem os locais onde podem procurar atendimento.

Diante disso, 100% dos entrevistados ponderam que materiais de apoio (geográfico, médico-informativo, social...) difundidos nas instalações da unidade aumentariam a capacidade da UPA de operar no acolhimento. Um exemplo desse amparo na acolhida seria a exposição de mapas pelas áreas comuns, como a área de espera, contemplando as unidades de saúde (desde a atenção primária à maior complexidade) em cada seção do território, o que poderia ajudar os usuários a encontrar suas unidades de encaminhamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Diante disso, apura-se que a UPA pratica o acolhimento dentro de um contexto limitante, lidando com a superlotação, recorrência de casos, insuficiência no quadro de funcionários e lacuna no acesso à atenção básica, ainda que, em uma perspectiva futura, possua potencial para desobstruir os seus gargalos no fluxo de trabalho. Com o devido apoio estatal e administrativo, projetos de expansão da integralidade do serviço no acolhimento poderiam amparar simultaneamente usuários e funcionários, ao otimizar, referenciar e instruir os pacientes dentro da rede no que fosse necessário.

Por fim, vale mencionar que as unidades de urgência são portas de entrada do SUS, e em muitos casos, podem ser a primeira e, por vezes, a única oportunidade de acesso ao sistema público de saúde que o sujeito possui. Por isso, prezar pela humanização do acolhimento pode ser a chance de incluí-lo na rede de atenção pública de forma determinante.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h>
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização–HumanizaSUS Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>
- [3] Alves BOOM. Acolhimento. Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/acolhimento/>
- [4] Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto e Contexto–Enferm*. 2009;18:266–72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/L6vWvNSdvDkdxwBVX4CmS/abstract/?lang=pt&format=html>

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELAS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER (CRAM) AO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Lucas Marques Angelim¹

Vitor Rafael Gomes

Ana Laura Araujo Ferreira

Caio Vieira de Barros Arato

Stefany Del Carmen Peres Puello

Michelli Carolliny de Oliveira

Luciane Miranda Guerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é um fenômeno mundial que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas; ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento social e econômico, além de ser considerada como violação dos direitos humanos [1].

Violência de gênero é uma questão intersetorial, não exclusiva de algum setor específico de estudos ou práticas, sendo assim, necessita de ações também intersetoriais para o seu controle, combate e prevenção.

Essa atuação, marcada por tensões e ansiedades, pode causar distúrbios físicos e psicossociais devido às especificidades da responsabilidade assumida. Entretanto, há a necessidade contínua de avanços para garantir que as mulheres recebam atendimentos humanizados e eficazes. Desafios na coordenação entre os serviços que compõem a rede de atenção ao combate da violência contra a mulher persistem[2]. O trabalho nos Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) envolve uma dedicação intensa ao cuidado de mulheres em situação de violência, exigindo competência e disposição das profissionais [3].

OBJETIVO

Explorar os significados, atribuídos pelas profissionais de assistência do Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), ao atendimento prestado às mulheres vítimas de violência.

METODOLOGIA

Foram conduzidas entrevistas em profundidade, para obter informações, percepções e experiências das entrevistadas em seus ambientes de trabalho. Os dados foram coletados e analisados por meio da aplicação da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativo (ACQC). Essa análise integra o

1 Universidade Estadual de Campinas. E-mail: lucas.marques231@gmail.com

Método Clínico-Qualitativo (CQM)[4]. A população estudada contemplou 07 profissionais, da área administrativa (1), jurídica (1), assistência social (3) e psicóloga (2), que trabalham no único CRAM. A população estudada era composta apenas por mulheres, com idades entre 25 e 55 anos.

O critério de inclusão foi: trabalhar no CRAM e atender mulheres vítimas de violência. O estudo foi realizado em conformidade com a mais recente revisão da Declaração de Helsinque, que estabelece os padrões éticos. O projeto foi aprovado no CAAE 48017321.2.0000.5418. O roteiro da entrevista foi elaborado com a seguinte questão disparadora: “Como você se sente ao atender mulheres vítimas de violência doméstica?” Essa abordagem analítica engloba um processo de organização, compreensão e interpretação do material obtido por meio da transcrição das entrevistas e compreende sete etapas a serem executadas sequencial ou simultaneamente

RESULTADOS

Este estudo, realizado em um centro especializado no atendimento a mulheres vítimas de violência, entrevistou profissionais capacitadas para esse contexto. Diferentes pesquisas apontam desafios enfrentados por essas trabalhadoras, como dificuldades em identificar casos de violência não física, preconceitos, julgamentos morais e limitações de tempo. No entanto, o presente estudo teve como diferencial abordar profissionais que atuam exclusivamente com esses casos, possibilitando uma análise aprofundada dos sentimentos experimentados durante os atendimentos.

A análise dos dados revelou três categorias principais. A primeira, Identificação que angustia no cotidiano do trabalho No transcorrer das entrevistas uma das questões que emergiu foi a dualidade que permeia esses atendimentos, entre ser a profissional que cuida e a mulher que sente. Ao mesmo tempo que esse trabalho é gratificante e necessário para o enfrentamento da violência, gera muita angústia e sofrimento.

A segunda categoria, O trabalho e os traumas nos relacionamentos pessoais No que diz respeito aos relacionamentos pessoais, as profissionais de assistência que lidam diretamente com a violência contra a mulher, tornam-se rígidas e intolerantes diante de certas atitudes do companheiro, pois o contato com a temática da violência doméstica e as experiências narradas pelas mulheres agredidas despertam uma postura mais dura no convívio diário.

Por fim, a terceira categoria, Impacto da organização da rede na relação entre trabalhadoras e usuárias A organização dos serviços em rede desempenha um papel importante no enfrentamento da violência contra mulher, oferece suporte, prevenção e tratamento para as vítimas, promovendo a integração de serviços de saúde mental, física e emocional.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Com base nas falas das profissionais entrevistadas, pode-se perceber que o CRAM é um ambiente carregado de alta carga emocional, e a exposição às demandas trazidas para o ambiente

de trabalho evidencia a necessidade de um suporte emocional não só para as mulheres vítimas de violência, como também para as profissionais que lá atuam. A necessidade de se valorizar a dimensão relacional nos serviços de atenção às vítimas de violência fica clara nesse estudo e mostra-se como dispositivo potente para que se possa refletir tanto o acolhimento das vítimas, quanto as angústias e o sofrimento das trabalhadoras. As trabalhadoras do CRAM sentem que seu trabalho é rico, a despeito das dificuldades. Isso é revelador de sua relação de identificação empática com as vítimas, na medida em que aponta para a sua resistência e luta no combate à VCM.

REFERÊNCIAS

- [1] Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violência contra mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):467-73.
- [2] Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. *Rev. Esc. Enferm*. 2017; 51:1-7.
- [3] Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1088-95.
- [4] Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Publica*. 2005;39(3):507-14.

SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE MIGRANTES EM UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA

Carline Engel Krein¹

Carolina Spack Kemmelmeier

Maria Lucia Frizon Rizzotto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A migração é um fenômeno social que não se restringe a tempos históricos, apesar de sua existência desde a emergência da humanidade. Os processos migratórios têm ocupado os debates governamentais atualmente, no entanto, migrar como um direito humano tem sido uma ideia cada vez mais turva, devido as violações de direitos, violências e políticas migratórias restritivas. Nesse sentido, a exposição a violência, discriminação e sofrimentos de diversas origens podem contribuir para o processo de sofrimento do migrante [1]. Desse modo, cabe considerar os impactos da estrutura social no adoecimento do migrante, tendo em vista a não patologização do ato de migrar, mas possibilitar questionamentos referentes às predeterminações relacionadas à população migrante no atendimento em atendimento em saúde mental. O projeto é relevante porque não foram encontrados estudos locais tanto que abordem uma perspectiva crítica de saúde mental dos migrantes, uma população invisibilizada e estigmatizada em território fronteiriço, quanto estudos das vivências dos migrantes nos serviços de saúde mental nesse território que realizem uma discussão em paralelo a política de saúde mental vigente. A complexidade do ato migratório exige um olhar que não negligencie questões sociais que muitas vezes são encobertas pela patologização do migrante e do ato migratório.

OBJETIVO

Compreender as vivências de migrantes no acesso aos serviços de saúde mental em Foz do Iguaçu

METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza qualitativa e busca explicar e compreender fenômenos que contemplam as particularidades de cada ser humano grupo ou sociedade, sendo que adquire a profundidade em seus resultados [2]. Para tanto, utilizar-se-á a dimensão de sujeito político desde uma perspectiva psicanalítica que entende o sujeito como constituído a partir do Outro [3], que para o autor traz uma dimensão social e política para além de questões intrapsíquicas e individuais.

No que tange a coleta de dados, pretende-se realizar grupos focais com migrantes adultos que tenham tentado acessar serviços ou ações de saúde mental no município de Foz do Iguaçu e/ou que fazem parte de um coletivo neste território, além disso, os dados serão analisados por meio da técnica

1 Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: carline.engel@hotmail.com

de análise do discurso, tendo o diário de campo como principal método de registro e a psicanálise como pressuposto teórico e epistemológico de interpretação.

RESULTADOS

O tema da migração remonta a tempos históricos, o que demarca a não contemporaneidade deste fenômeno. Há registros históricos e arqueológicos que apontam o surgimento dos fluxos migratórios desde a emergência da humanidade [4].

Não obstante, “Migrar como um direito humano é cada vez mais uma ideia turva” [1], uma vez que, situações de desumanização, violência e vivências traumáticas dos migrantes no período pré e pós migração tem marcado a experiência do ato de migrar.

De acordo com a definição da Organização Internacional para Migrações (OIM) o migrante define-se como “uma pessoa que se move do seu local habitual de residência, seja dentro de um país ou através de fronteiras internacionais, de forma temporária ou permanente, por uma variedade de razões” [5]. Como alguém estranho ao lugar, o migrante está sujeito a experienciar situações que trazem desamparo e sentimentos de não pertencimento. A representação social predominante em Foz do Iguaçu, território a ser estudado, advém de uma noção de cidadania nacionalista que concebe o estrangeiro como um outro, sendo o direito à saúde restrito aos nacionais [6].

Dito isso, entende-se a importância do coletivo político, na subjetivação e pertencimento do sujeito político migrante, entendendo suas vivências no território iguaçuense e de que forma os mesmos percebem a atenção à saúde mental na esfera pública municipal, possibilitando discussões com a política de saúde mental vigente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Espera-se que a partir do presente projeto possa-se elucidar as vivências dos migrantes decorrentes da atenção em saúde mental no município de Foz do Iguaçu, a fim de contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas a este público sob a dimensão da importância do sujeito político para esta formulação. Além disso, possibilitar o aprofundamento de questões relativas ao sofrimento psicossocial do migrante e uma discussão crítica da política de saúde mental vigente, a partir dos dados coletados e apresentados pelos mesmos.

Ainda, pretende-se que a pesquisa possa descortinar questões silenciadas, lançando um olhar às questões de sofrimento psicossocial do migrante que são invisibilizadas e com isso contribuir para a garantia dos direitos humanos, não individualizando questões originariamente sociais e tampouco corroborando com abordagens patologizantes do ato migratório.

REFERÊNCIAS

- [1] Rodrigues IA. Sofrimento e saúde mental entre migrantes venezuelanos no município de Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2022.
- [2] Minayo MCS; Deslandes SF; Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2019.
- [3] Lacan J. O Seminário: Livro 1–Os escritos técnicos de Freud. Zahar; 1986.
- [4] Gomes MA. Migrações, saúde mental e política: a potência da escuta psicanalítica junto a imigrantes e refugiados em solo brasileiro. Revista Plural. 2023.
- [5] Migracidades. Perfil de Governança Migratória Local do Município de Foz do Iguaçu. Organização Internacional para as Migrações (OIM); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2021.
- [6] Arenhart CGM; Rizzotto MLF; Melara M; Carrijo AL. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. Ciênc Saúde Colet. 2022;27(11):4233–4241.

SUPERVISIÓN DE APOYO CLÍNICO MULTIDISCIPLINARIA EN LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS

María Cristina Alarcón Rebollar¹

Yuliana Rivera Piña

INTRODUCCIÓN

Compañeros en salud (CES) es una ONG que trabaja en el estado de Chiapas, donde el 67.4% de la población vive debajo de la línea de la pobreza [1] según en CONEVAL en el 2022, esto aunado a la falta de accesos a servicios de salud. En el último año se ha visto cambios estructurales sociopolíticos ligados con un aumento en presencia del crimen organizado y grupos militares dentro de las localidades en todo el estado incluyendo las zonas con clínicas rurales de atención primaria en donde CES labora, llevando a la restricción de actividades en estas mismas, esto ha aumentado la brecha de acceso a la salud por falta de personal clínico presencial y disminución de entrega de insumos médicos y materiales por bloqueos. Actualmente la mayoría de las clínicas aún cuentan con enfermería general, auxiliares de salud y trabajadores comunitarios de salud que siguen brindando atención con algunas limitantes.

OBJETIVO

Una estrategia de apoyo para el personal de salud (trabajadoras comunitarias) y remoto (enfermería) es contar con un equipo de supervisión multidisciplinaria quien apoya procesos de atención clínica y acompañamiento. Los procesos que se acompañan son atención médica a través de telesalud, seguimiento de referencias hacia segundo y tercer nivel de atención, revisión de literatura caso por caso en sitio, uso de ultrasonido de punto de atención, acompañamiento, mentoría y desarrollo profesional.

METODOLOGÍA

Desde el 2011 CES, una organización no gubernamental, se enfoca en brindar atención clínica trabajando en conjunto con el ministerio de salud (IMSS Bienestar y secretaría de salud) en 11 comunidades rurales de la Sierra Madre de Chiapas que cuentan con una clínica rural. CES busca disminuir las brechas de atención al brindar apoyo con la cadena de suministros y supervisión clínica. La supervisión clínica se implementa a través de un equipo multidisciplinario conformado por profesionales de salud (enfermeras y médicos generales), cada supervisor tiene asignadas dos o tres clínicas rurales y cuenta con un complemento de supervisión con diferente formación profesional. Al tener una formación complementaria permite tener una perspectiva integral, proveer un acompañamiento personalizado y profesional, dotar de herramientas de habilidades transversales, mentoría clínica, brindar introducción al contexto intercultural y las interacciones con el sector salud en cada comunidad

¹ Compañeros en Salud, México. E-mail: calarcon@pih.org

y una coordinación efectiva con enfoque multidisciplinario, esto nos ha ayudado a que enfermería y trabajadoras comunitarias sean líderes y tengan un papel activo en la salud comunitaria recibiendo constante retroalimentación y fortalecimiento de competencias necesarias.

El equipo de supervisión está en una constante actualización de competencias clínicas en atención primaria, ultrasonido de punto de atención, urgencias, manejo de equipos, uso de tecnologías en salud y mejora de habilidades transversales para liderar efectivamente equipos clínicos que trabajan de la mano por el bienestar de los usuarios a los que les brindan servicios de salud.

Al tener un equipo multidisciplinario hemos visto como se ha favorecido el trabajo colaborativo e intercambio de conocimientos entre los perfiles profesionales de los colaboradores de cada clínica. Con encuestas de satisfacción hacia los supervisores se evalúa el acompañamiento y trabajo colaborativo de la supervisión complementaria y gracias a los resultados hemos podido ir moldeando este modelo de supervisión.

CONSIDERACIONES

La toma de decisiones con un modelo multidisciplinario beneficia al equipo clínico promoviendo su desarrollo profesional y personal. La redistribución de responsabilidades dentro del equipo y la creación de un sistema que no se enfoque en la profesión médica, ha brindado visibilidad y reconocimiento a los diversos roles en el ámbito de la salud. Un reto importante es la implementación de este modelo de forma virtual, pero a través de telesalud se ha moldeado una forma de trabajo alineada a las metas del sector público. Por ello, se busca equidad salarial, reconocimiento profesional y la creación de más equipos multidisciplinarios en todos los niveles organizacionales, estos cambios nos han permitido dar los primeros pasos, sin embargo, sabemos que existen todavía múltiples retos y aspiramos ser un modelo de ejemplo que pueda permear en el sistema de salud mexicano e incidir sustancialmente en la lucha contra las violencias estructurales de nuestro país.

REFERENCIAS

- (1) México. Estadísticas federativas: Chiapas. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social; 2022. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/Paginas/principal.aspx>

SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA CICLO SAÚDE EM SÃO LUÍS (MA): IMPACTOS NA ATENÇÃO BÁSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO NEOLIBERAL (2017-2019)

Cibele Rodrigues Paes Leme¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A sustentabilidade de programas de intervenção social em saúde é um tema crucial, especialmente em um contexto neoliberal, onde a saúde é frequentemente tratada como uma mercadoria, submetida a lógicas de mercado que priorizam a lucratividade em detrimento do acesso universal e da equidade. A Atenção Básica (AB) é um pilar estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, essencial para melhorar a qualidade de vida da população. O Programa Ciclo Saúde é uma iniciativa da Fundação Vale em parceria com o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS) e a Universidade Estácio de Sá, implementado em São Luís do Maranhão no ano de 2017. O programa visa fortalecer a AB por meio da capacitação de equipes de saúde, revisão de processos de trabalho e promoção de práticas saudáveis, com foco na sustentabilidade das ações¹.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar a sustentabilidade do Programa Ciclo Saúde no município de São Luís do Maranhão, considerando as dimensões de conhecimento, práticas, processos de trabalho e organização dos serviços, no período de 2017 a 2019, sob a perspectiva da política pública de atenção básica. A pesquisa seguiu rigor ético, com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá. Aprovado pelo Comitê da UNESA/RJ. Parecer 5.202.958. CAAE: 52639121.7.0000.5284

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, baseada em análise documental². Foram analisados relatórios das oficinas básicas e temáticas do Programa Ciclo Saúde, além de documentos técnicos fornecidos pelo CEDAPS. A análise de conteúdo³ foi utilizada para identificar temas e padrões nos documentos, permitindo uma compreensão aprofundada das dimensões estudadas.

RESULTADOS

O Programa Ciclo Saúde promove uma aprendizagem libertadora, baseada na construção de autonomia e satisfação na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, criando uma conexão intensa com a realidade vivida⁴. As oficinas ampliaram o conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), redirecionando prioridades e fortalecendo a integralidade do atendimento. A troca de saberes entre profissionais e comunidades foi essencial, fortalecendo vínculos e promovendo

1

E-mail: flaviatcbueno@gmail.com

um ambiente de trabalho colaborativo. A metodologia participativa estimulou a reflexão sobre práticas profissionais, identificando fragilidades e potencialidades.

A capacitação de lideranças comunitárias aumentou a apropriação e competência da comunidade⁵, fortalecendo o controle social. O uso de tecnologias relacionais, como rodas de conversa e vídeo debates, promoveu a comunicação dialógica e empática⁶, contribuindo para a mudança institucional e a corresponsabilização da população. O programa reforçou o vínculo entre profissionais e usuários, baseado em afetividade e confiança, resultando em maior satisfação e qualidade no atendimento.

93% dos participantes relataram satisfação com as capacitações, considerando-as dinâmicas e enriquecedoras. Após as oficinas, 90% das UBS ampliaram ações de promoção da saúde, como rodas de conversa e prevenção de IST's. O componente conhecimento do Ciclo Saúde mostrou-se essencial para a sustentabilidade do programa, promovendo mudanças permanentes nas práticas e processos de trabalho, com impacto positivo na qualidade de vida da população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Programa Ciclo Saúde, na cidade de São Luís (MA) demonstrou um alto grau de sustentabilidade, gerando mudanças permanentes na AB de São Luís. As ações do programa transcenderam o contexto político nacional desfavorável, fortalecendo a Participação comunitária e a capacidade das equipes de saúde em promover melhorias na qualidade de vida da população. A metodologia “Construção Compartilhada de Soluções Locais” utilizada pelo programa e o foco no conhecimento e nas práticas de promoção da saúde foram fundamentais para o sucesso do programa. Conclui-se que o Ciclo Saúde é um modelo eficaz para o fortalecimento da AB, capaz de gerar impactos positivos e duradouros, mesmo em cenários adversos.

REFERÊNCIAS

- (1) Vale F; UNESA. Ciclo Saúde: Construção compartilhada de conhecimentos e ações pelo fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros. Rio de Janeiro; 2017. p.19-21.
- (2) Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.
- (3) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
- (4) Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2009.
- (5) Flynn BS. Measuring community leaders' perceived ownership of health education programs: initial tests of reliability and validity. Health Educ Res. 1995;10(1):27-36. Acesso em 22 de outubro de 2021; 69. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10150420/>
- (6) Melo RHVD, Felipe MCP, Cunha ATRD, Vilar RLAD, Pereira EJDS, Carneiro NEA, et al. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. Rev bras educ med. junho de 2016;40(2):301-9. Acesso em 19 de outubro de 2021; 69. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/wXYsRxQW4cpN69zmNpqDbSg/?format=pdf>

TRAÇANDO UMA ABORDAGEM DE CUIDADO INTEGRAL PARA/COM ADOLESCENTE E JOVENS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Jamile Silva Guimarães¹
Valéria Monteiro Mendes
Isabella Silva de Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Programa Saúde do Adolescente (1989), o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010) e o Estatuto da Juventude (2013) representam marcos para a garantia dos direitos desses segmentos populacionais. A institucionalização do paradigma da proteção integral traz o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e a centralidade do princípio da integralidade na atenção e a participação no ciclo de políticas públicas. A participação articula e engendra autonomia, cuidado e cidadania, favorecendo a aprendizagem de valores e competências que impulsionam experiências mais emancipatórias¹. Políticas públicas para adolescentes e jovens ocorridas nas décadas de 2000 e 2010 foram incipientes, resultando em projetos isolados que não se consolidaram como formas democráticas de gestão². Mesmo com os avanços oriundos da expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens defronta-se com importantes barreiras^{3,4}. Compreender as necessidades de saúde dos adolescentes e jovens, requer um modelo de atenção ampliado que incorpore modos de cuidar fundamentados em valores, condutas e conhecimentos culturais enquanto elementos constitutivos das práticas de saúde⁵.

OBJETIVO

Parte-se da análise de experiências de acesso de adolescentes e jovens em serviços da APS para uma abordagem de cuidado integral, cujos aspectos e tecnologias incorporem perspectivas subjetivas, especificidades da fase da vida, necessidades em saúde e o reconhecimento desse segmento populacional nas ações promovidas.

METODOLOGIA

Este trabalho emerge do material empírico produzido em um programa de prevenção integral para adolescentes e jovens em escolas de ensino médio articulado com UBS de referência. A pesquisa qualitativa foi realizada em 2023, em UBS localizadas em regiões periféricas das cidades de São Paulo (3), Santos (1) e Sorocaba (1). Os instrumentos metodológicos utilizados neste recorte temático foram a observação nas UBS e as 34 entrevistas semiestruturadas com jovens usuários de serviços de saúde

1 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. mile.guimaraes@gmail.com

desses territórios. Os entrevistados integram a faixa etária de 15 a 24 anos. A composição da raça/cor é de 11 pretos, 8 pardos, 14 brancos e 1 indígena. Quanto ao gênero, temos 19 mulheres cis, 12 homens cis, 1 mulher trans, 1 pessoa não-binária e 1 pessoa bigênero. Já em relação à sexualidade, são 26 heterossexuais, 3 lésbicas, 3 bissexuais, 1 pansexual e 1 homossexual. São 23 da camada social popular e 11 da média. As entrevistas e notas de campo tiveram tratamento hermenêutico, gerando temas principais organizados em subcategorias e casos, que definiam conceituações e aspectos sobre avaliação de atendimentos, barreiras e potencialidades de acesso e necessidades em saúde.

RESULTADOS

O acolhimento foi concebido como lastro para a tessitura de um acesso humanista e vinculativo. Cordialidade, “atenção” e interatividade emergem como aspectos referenciais para o atendimento nos serviços de saúde. A consulta constitui um espaço intersubjetivo em que o/a jovem é posicionado como sujeito e seu estado de saúde é vislumbrado na vida-empercurso. A ampliação da oferta de informações sobre a saúde/doença e procedimentos/estratégias potencializam a voz e agência de jovens usuários/as no processo de cuidado, enquanto a postura “empática” possibilita compreender o sujeito em sua integralidade. Expressões corriqueiras “Como você tá?”, “O que você tá sentindo?” foram apontadas como imprescindíveis e potentes para acessar sentimentos, emoções, anseios e entraves ao bem-estar, por serem maneiras de demonstrar disponibilidade à escuta e, assim, conceber ações de cuidado alinhados (dinamicamente) com as necessidades do/a jovem usuário/a. A “conversa” aparece como tecnologia relacional para entender especificidades adolescentes/juvenis e a singularidade do eu, ensejando a orientação fundamentada por direitos humanos. Há uma necessidade premente de “apoio”, que pode ser sintetizada na produção conjunta de recursos para lidar com problemas e desafios da adolescência/juventude. Considerando certo imaginário acerca da “terapia”, os/as jovens pontuaram a importância da desconstrução de ideias e práticas tidas como prejudiciais ao autoconhecimento e desenvolvimento de competências sociais. Outra via de aproximação seriam os espaços promotores de saúde alicerçados por sociabilidades e práticas culturais juvenis. O estar juntos aporta a criatividade, a ludicidade e uma tecitura de nós, favorecendo a não associação das noções de riscos e fracassos como parte de experiências estritamente individuais, o que pode contribuir para a construção do cuidado segundo princípios organizadores da solidariedade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Verter a APS num lócus de aprendizagem de ser/viver demanda produzir e sustentar um conjunto de iniciativas ético-políticas que inclui a qualificação permanente das várias categorias profissionais. Tecnologias relacionais ensejam o protagonismo juvenil ao engendrar a construção de vínculo mediante uma abordagem de cuidado fundada no diálogo, nos direitos humanos e na orientação em saúde. O diálogo forja a compreensão da alteridade, consolida o respeito às noções de saúde e explicações sobre si e converge o campo de possibilidades do projeto de cuidado a ser traçado. Trata-se de um enfoque ontológico que contempla um repertório de competências para uma relação

consigo mesmo e com o mundo orientada pelo bem-viver. A produção de saúde a partir de saberes, interesses e expectativas juvenis erige uma forma de “estar juntos” em que o cuidado integra ação, pensamento e afetos, constituindo processos mais compartilhados e contextualizados.

REFERÊNCIAS

- (1) Guimarães JS, Lima IM. Educação para a Saúde: discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):895-908.
- (2) Horta N, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis.* 2010; 20(2):475-95.
- (3) Silva RF, Engstrom EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface.* 2020; 24:e190548.
- (4) Fernandes ES, Santos AM. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. *Interface.* 2020; 24:e190049.
- (5) Ayres JR. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009;18(2):11-23.
- (6) Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM TUBERCULOSE: DESAFIOS, BARREIRAS E ESTRATÉGIAS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Richardson Jorge Almeida Meirelles¹

Mariana Camargo Tumonis Oliveira

Carolina Passos Sodré

Ana Beatriz Dias Pacheco

Roseni Pinheiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua sendo um desafio significativo de saúde pública global, afetando especialmente populações vulneráveis, como as pessoas em situação de rua (PSR). No Brasil, esse grupo enfrenta riscos epidemiológicos elevados devido às condições precárias de vida, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e barreiras sociais e estruturais [1,2]. As vozes daqueles que vivem nas ruas refletem uma realidade de desvinculação e ausência de pertencimento social, evidenciando uma exclusão profunda da vida humana. De acordo com Escorel [3], Arendt relaciona a emergência de pessoas desvinculadas de qualquer “comunidade” com a transição do isolamento para a solidão, sendo consequência de uma estrutura social que favorece alguns em detrimento de muitos. Esse cenário específico das ruas, que expõe as dolorosas ramificações da exclusão social e da miséria extrema, torna a população de rua altamente suscetível a diversas enfermidades, entre elas, a tuberculose (TB). A população de rua enfrenta um risco 56 vezes maior de contrair TB em comparação com a população geral [4].

O presente estudo conduz uma revisão integrativa sobre as trajetórias assistenciais das PSR diagnosticadas com TB, analisando a influência dessas trajetórias na adesão ao tratamento e nos desfechos clínicos. O estudo busca ampliar o debate sobre as políticas de saúde voltadas à população em situação de vulnerabilidade, apontando caminhos para uma assistência mais efetiva e integrada.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar as trajetórias assistenciais de PSR com diagnóstico de TB, destacando desafios, barreiras e estratégias utilizadas no cuidado dessa população. Ademais, busca-se identificar boas práticas e soluções integradas que possam melhorar a adesão ao tratamento e os desfechos de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com levantamento bibliográfico realizado

1 Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: richardson_meirelles@hotmail.com

nas bases de dados PubMed, SciELO e BVS. Foram utilizados descritores relacionados à TB, PSR e assistência integral. A seleção abrangeu artigos publicados entre 2013 e 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol. A estratégia PICO foi aplicada para orientar a seleção dos estudos [5]. A estratégia PICO foi utilizada, abordando P (pessoas vivendo em situação de rua com tuberculose), I (trajetórias assistenciais), C (diferentes abordagens de tratamento) e O (integralidade no tratamento). Foram identificados 87 artigos, dos quais 10 atenderam aos critérios de inclusão e foram analisados qualitativamente. Os principais temas explorados foram itinerários terapêuticos, barreiras assistenciais, percepção dos profissionais de saúde e estratégias para melhorar a adesão ao tratamento.

Ainda que se reconheça o valor desses outros formatos para a compreensão ampliada da temática, optou-se por restringir o corpus a estudos com dados originais, buscando garantir maior rigor na comparação dos achados. Apesar dessa escolha metodológica, reconhece-se como limitação a não inclusão de revisões de escopo relevantes já publicadas. As revisões poderiam ampliar a análise sobre práticas de cuidado em contextos urbanos vulneráveis. O método da revisão integrativa mapeia práticas e desafios na atenção à TB em pessoas em situação de rua, mas não é suficiente para uma caracterização detalhada das trajetórias assistenciais. Tal limitação se deve ao predomínio de estudos com recortes temáticos específicos e à ausência de abordagens longitudinais que acompanhem o percurso dos sujeitos ao longo do tempo nos serviços de saúde.

RESULTADOS

Os estudos analisados apontam que a vulnerabilidade das PSR à TB está associada à insegurança alimentar, ao uso de substâncias psicoativas e à ausência de moradia estável [6]. Barreiras estruturais, como dificuldades no acesso aos serviços de saúde, estigma e discriminação, também impactam negativamente a adesão ao tratamento [7]. A integralidade do cuidado mostrou impactos significativos no tratamento da TB em PSR. Os Consultórios na Rua (CnaR) desempenham um papel essencial na oferta de atendimento médico e psicossocial, promovendo um cuidado mais humanizado e adaptado às necessidades das PSR [8]. As abordagens integradas que consideram não apenas a TB, mas também as condições sociais e psicológicas, demonstram maior eficácia na continuidade do tratamento [9]. Estudos destacam que a adoção de políticas públicas voltadas à inclusão social das PSR é fundamental para melhorar os desfechos de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A revisão evidencia a necessidade de abordagens intersetoriais para o controle da TB entre as PSR, integrando cuidados médicos com suporte habitacional e assistência social. A ausência de políticas integradas que considerem a natureza multidimensional da vulnerabilidade das PSR é um grande obstáculo. O fortalecimento das equipes do CnaR e a implementação de estratégias de redução de danos podem contribuir para uma adesão mais efetiva ao tratamento. Políticas de saúde pública devem considerar as especificidades desse grupo, garantindo um atendimento mais acessível e inclusivo.

Estudos futuros são necessários para avaliar o impacto de diferentes estratégias assistenciais na adesão ao tratamento da TB entre PSR.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. Número Especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
- 3 Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
- 4 Gioseffi JR, Batista R, Brignol SM. Tuberculosis, vulnerabilities, and HIV in homeless persons: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:43.
- 5 Santos MA, Pimenta CADM, Nobre MRC. Estratégias de busca na pesquisa científica: uma revisão de conceitos e práticas. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):388–93.
- 6 Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:684–92.
- 7 Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis*. 2018;28(2):e280205.
- 8 Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” e práticas de cuidado em um território vulnerável. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1839–48.
- 9 Pimenta SG. Exclusão e marginalização na sociedade e na escola. *Psicol USP*. 2015;25(2):213–5.

TRAJETÓRIAS DO CUIDADO: A EXPERIÊNCIA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E A ATENÇÃO PRIMÁRIA CARIOCA

Elisangela de Assis Ferreira¹

Clarissa Terenzi Seixas

Daniel Emilio da Silva Almeida

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Com a evolução das pesquisas que buscam a prevenção, a cura e o controle do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (2), além da necessidade de organização e planejamento financeiro e logístico, novas políticas públicas federais direcionadas às Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) foram criadas no país (1). O Brasil obteve reconhecimento internacional pelos avanços alcançados, além do tratamento, o acesso à informação, à prevenção e a busca pela desconstrução do estigma também são estratégias prioritárias da política (3). Acompanhando este movimento de evolução do cuidado prestado a PVHIV e buscando facilitar o acesso, a gestão de saúde do município do Rio de Janeiro, a partir de 2013, deu autonomia às equipes de atenção primária das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o acompanhamento clínico dessas pessoas (4). O modelo descentralizado foi pensado para diminuir as barreiras e melhorar o acesso aos profissionais, exames e medicamentos.

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi analisar se as PVHIV que fazem uso dos serviços para a saúde na cidade do Rio de Janeiro conhecem o novo modelo de atendimento, além de suas respectivas trajetórias no cuidado disponibilizado pela atenção primária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo resultante de uma pesquisa qualitativa exploratória, com entrevistas nos meses de julho a agosto de 2024. Os convites foram feitos em 02 Unidades Básicas de Saúde no bairro da Tijuca e Vila Isabel no município do Rio de Janeiro, durante a dispensação de medicamentos ao usuário diretamente. Utilizou-se um roteiro para a entrevista, onde foi investigado o acesso aos serviços disponibilizados na UBS com o modelo descentralizado para a PVHIV. O roteiro foi dividido em 02 partes: vivendo com HIV e acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária a Saúde (APS). Foi utilizada a técnica da análise de conteúdo da Bardin para explorar as respostas e a geração de hipóteses aos objetivos do estudo. Por contribuir na extração de significados profundos das entrevistas, a análise temática foi usada para construir a categorização dos dados colhidos nas entrevistas. A partir da categorização das perguntas no roteiro de entrevista, neste resumo, abordaremos a primeira categoria: Vivendo com HIV.

1

Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: dralizfarma@gmail.com

RESULTADOS

Foram entrevistados 16 usuários de Terapia antiretroviral (TARV) de duas UBS's sendo 01 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, com média de idade de 42 anos Apesar da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 garantir a distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS a todas as pessoas que possuem o vírus do HIV, e não apenas aos que desenvolveram a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), 07 pacientes relatam que não iniciaram o tratamento medicamentoso no momento da descoberta. Alguns por orientação do profissional médico que o atendeu naquele momento, outros por dificuldades emocionais e de acesso ao profissional infectologista no momento da descoberta da doença. Com o lançamento pelo Ministério da Saúde do Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Manejo Da Infecção Pelo HIV Em Adultos (PCDT/HIV) em 2013(5), foi estimulado o início imediato da terapia medicamentosa a todas as pessoas que vivem com HIV independentemente dos marcadores clínicos de adoecimento do indivíduo. Todos os diagnosticados a partir de 2013 não relataram diferença de intervalo entre diagnóstico e início do tratamento medicamentoso. A categorização do roteiro de entrevistas, levou às seguintes temas e categorias de análise: Descoberta do HIV (sentimento de fim da vida/medo do desconhecido; Sentimento de espanto/resolução), Impacto psicológico do diagnóstico (Estigma e preconceito; solidão do diagnóstico), Melhoria da qualidade de vida (amadurecimento pessoal com a evolução do tratamento) e políticas de saúde e governança (Pandemia e o impacto do HIV e Governo Bolsonaro).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo mostrou que independente do período de descoberta e tratamento, os portadores do HIV vivenciam sentimentos e julgamentos similares na descoberta, na aceitação da doença e no planejamento de cuidado terapêutico para a longevidade com a doença. O estigma ainda aparece como parte da vivência, direta ou indiretamente. O entendimento do planejamento do cuidado em longevidade com foco na qualidade de vida, contribuiu para uma postura de mudança de hábitos pessoais. O governo do ex-presidente Bolsonaro, se apresentou na temática, levados pelo posicionamento agressivo de declarações diretas ao programa de combate e cuidado ao HIV e às PVHIV. O método de cuidado com as pessoas que vivem com HIV no município do Rio de Janeiro está implantado a 10 anos, e ainda apresenta, segundo a percepção de alguns entrevistados, algumas lacunas de reavaliação, como o avanço na popularização das políticas de acesso facilitado a exames e esclarecimento sobre a cronicidade da doença.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasill. Ministério Da Saúde. Programa Nacional De DST e AIDS. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e AIDS 2005. Brasília, DF: MS; 2005.
- (2) HIV/Aids: estamos mais próximos da cura? [Internet]. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2024
- (3) Controle de epidemia que tornou Brasil referência mundial sofre declínio–Casa de Oswaldo Cruz. Casa de

Oswaldo Cruz. 2021.

- (4) Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde, Gerência de DST/Aids. Diretrizes para introdução do atendimento ao HIV/AIDS na rede primária de saúde do município do Rio de Janeiro [versão preliminar]. Rio de Janeiro. 2013.
- (5) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2018.

TRANSFORMANDO A SAÚDE DE IPATINGA: ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA AUMENTAR A COBERTURA VACINAL E GARANTIR A PROTEÇÃO COLETIVA CONTRA DOENÇAS PREVENÍVEIS

Ana Caroline Marques Oliveira¹

Josiane Marcia de Castro

Elisangela Alves Santana

Vanessa Andrade Ramlow Nascimento

Walisson Medeiros

Elisangela Azevedo Nascimento

Karoline Moraes

Rafael Leone de Paula

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A melhoria da cobertura vacinal é um dos pilares para a promoção da saúde pública, sendo essencial para o controle de doenças infectocontagiosas e a prevenção de surtos. As ações para aumentar a adesão à vacinação representam um desafio, mas também uma oportunidade de fortalecer o sistema de saúde local. Essas ações destacam a importância de manter as coberturas vacinais dentro das metas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) ⁽¹⁾. Criado em 1973, o PNI é uma das políticas públicas mais bem-sucedidas no Brasil, sendo vital para a redução da morbimortalidade por doenças preveníveis. A integração de ações de educação em saúde e mobilização social é crucial para superar as barreiras de conhecimento e confiança da população. A manutenção de altas coberturas vacinais é essencial não apenas para a eficácia das campanhas de imunização, mas também para garantir a proteção coletiva da população. Coberturas vacinais adequadas reduzem a transmissão de doenças, evitando surtos e epidemias, e contribuem para a imunidade de grupo, que protege aqueles que não podem ser vacinados por motivos médicos, como pessoas imunossuprimidas ⁽²⁾. No contexto brasileiro, o SUS e o PNI visam garantir a erradicação ou controle de doenças como sarampo, poliomielite e difteria ⁽¹⁾. O não cumprimento das metas vacinais compromete a saúde pública e pode resultar no retorno de doenças já controladas, sobrecarregando o sistema de saúde.

OBJETIVO

Descrever as estratégias adotadas pela equipe de saúde do município de Ipatinga para melhorar a cobertura vacinal, enfrentando as dificuldades locais e promovendo a adesão da população às campanhas de imunização. Serão abordados o planejamento e a execução das ações de melhoria no acesso aos serviços de vacinação. O intuito é compartilhar as experiências e aprendizados obtidos, contribuindo para o aprimoramento das políticas de vacinação no município.

1 Prefeitura Municipal de Ipatinga. E-mail: carolplp2011@gmail.com

METODOLOGIA

O processo de melhoria da cobertura vacinal no município de Ipatinga foi conduzido por meio de um conjunto de ações planejadas e executadas. Dentre as ações realizadas, destaca-se a realização da Gincana Jornada da Proteção, que consistiu em uma competição saudável entre as equipes de Saúde da Família (ESF) com o objetivo de estimular a implementação de estratégias eficazes de imunização e engajamento da população. A Gincana foi estruturada de maneira que cada equipe de ESF fosse avaliada a partir de critérios bem definidos, como o número geral de doses aplicadas, o percentual de cartões de vacinação em atraso atualizados, o aumento da cobertura vacinal por vacina e faixa etária, além da qualidade dos lançamentos no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). Relatórios semanais foram usados para monitorar o desempenho das equipes, com o acompanhamento do número de vacinas aplicadas e a atualização dos cadastros. O monitoramento contínuo também possibilitou identificar áreas que necessitavam de mais atenção e apoio. Outra ação relevante foi a Alta Vacinada, uma iniciativa que buscou alcançar pacientes internados em hospitais. Antes de receberem alta, os pacientes eram orientados sobre a importância da vacinação e tinham seus cartões de vacina atualizados, sendo aplicadas as doses em atraso, quando necessário. Adicionalmente, a vacinação nas empresas do município, através do vacimovel, foi realizada em parceria com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Central de Vacinas. Essa ação foi focada nos trabalhadores de diversas indústrias e comércios, com a intenção de garantir que todos os empregados estivessem imunizados contra as principais doenças imunopreveníveis. A vacinação nas empresas foi uma forma eficaz de alcançar um grande número de pessoas em um curto período de tempo, especialmente aqueles que, devido à rotina de trabalho, tinham dificuldade de acessar os serviços de saúde. Os resultados obtidos, comparando 2023 e 2024, com as ações de vacinação foram extremamente positivos, refletindo o esforço conjunto das equipes e da população. Nos menores de 5 anos, que são o foco do calendário vacinal, as metas das 14 vacinas do calendário nacional foram amplamente alcançadas, com exceção da vacina contra a varicela. A vacina contra a varicela não alcançou a meta estabelecida devido a um problema de desabastecimento, causado pela falta de insumos para sua fabricação. Em relação aos adultos, observou-se um aumento superior a 30% na cobertura vacinal, quando comparado aos anos anteriores. Esses resultados demonstram a eficácia das ações implementadas e a importância de manter o foco em estratégias integradas, que envolvam a comunidade e as equipes de saúde de maneira colaborativa. A melhoria significativa na cobertura vacinal em Ipatinga contribuiu para fortalecer a prevenção de doenças no município, promovendo um ambiente mais seguro e saudável para toda a população.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As ações implementadas no município de Ipatinga para a melhoria da cobertura vacinal evidenciam a força da união entre as equipes de saúde, a população e as políticas públicas de saúde. Através de estratégias criativas e bem direcionadas, conseguiram alcançar resultados impressionantes, superando desafios e alcançando metas que garantiram a proteção da comunidade contra doenças

preveníveis. O aumento na cobertura vacinal entre adultos é uma prova do sucesso de ações inovadoras e da capacidade de adaptação frente a obstáculos inesperados. Esse processo reafirma a importância de estratégias colaborativas e integradas, que envolvam a comunidade, e reforça o papel vital da vacinação como ferramenta para a promoção da saúde pública. Espera-se que a experiência de Ipatinga sirva de exemplo de resiliência e compromisso, e mostra que, com trabalho conjunto e determinação, é possível transformar a saúde de uma cidade, garantindo um futuro mais seguro e saudável para todos.

REFERÊNCIAS

- (1) Souza PA, Gandra B, Chaves ACC. Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde. APS. 2020;2(3):267-71. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/57>
- (2) Durans KCN, Fonseca JSR, Brito JD, Ferreira APF, Pasklan ANP. Avaliação da cobertura vacinal e internações por condições sensíveis à atenção primária preveníveis por imunização. Saúde. 2021;47(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/65262>

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO AMPLIADO PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Elsa Franke Roso¹

Thaís Botelho da Silva

Caetano Brown Cremonini

Priscila Nakata Zago

Carla Adriane Jarczewski

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a principal causa de morte por uma única doença infecciosa a nível mundial, com número de mortes quase duas vezes superior às aquelas por HIV/Aids¹, sendo um agravamento de forte determinação social. No Brasil—14º país com maior desigualdade social no mundo²—ela atinge principalmente pessoas do sexo masculino e não brancas. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma das principais estratégias para o enfrentamento da TB e, no seu modelo tradicional, pressupõe que o usuário compareça no mínimo 5 vezes na semana ao serviço de saúde para a ingestão supervisionada dos medicamentos. No entanto, mesmo após 20 anos de sua implementação, entraves como a falta de infraestrutura dos serviços de saúde e a não inclusão do usuário no seu plano de cuidado³, dificultam a sua operacionalização. O TDO Ampliado (TDO-A) é uma modalidade de atenção interdisciplinar, intensiva e regular à pessoa em tratamento para TB e coinfeção TB/HIV em modelo de atenção dia, sem a necessidade de internação hospitalar e na perspectiva da redução de danos. Idealizado e conduzido por profissionais do Hospital Sanatório Partenon (HSP), o serviço é ofertado à população desde 2021 e beneficia, principalmente, pessoas em situação de vulnerabilidade social, com risco de perda de seguimento e/ou dificuldades de adesão ao tratamento.

OBJETIVO

Oferecer tratamento diretamente observado, associado ao acompanhamento interdisciplinar e à oferta de incentivos ao tratamento às pessoas com tuberculose e comorbidades em situação de vulnerabilidade social; promover o acesso a direitos básicos de cidadania como estratégia para fortalecer a adesão ao tratamento.

METODOLOGIA

O TDO-A acolhe usuários referenciados por serviços da atenção primária em saúde, pelo ambulatório de tisiologia e egressos da internação do HSP. Também acolhe demanda espontânea na perspectiva da retenção no cuidado em saúde⁴, conceito trabalhado pela equipe multidisciplinar para reduzir barreiras ao tratamento e auxiliar o usuário na rede de saúde, mesmo que ele não siga

1 Secretaria Estadual da Saúde do RS. E-mail: elsa-roso@saude.rs.gov.br

tratamento no TDO-A. O primeiro acolhimento é realizado por técnicos da equipe do TDO-A e tem como objetivo escutar as demandas e expectativas do usuário e apresentar a ele o espaço físico e o funcionamento do serviço. Feita a pactuação do plano terapêutico no serviço, busca-se o histórico de acompanhamento na rede de saúde—últimos exames de baciloscopia e carga viral, por exemplo—e é aberto o prontuário de atendimento. O processo de cuidado caracteriza-se pela supervisão da ingestão diária da medicação, acompanhada da oferta de incentivos ao tratamento, como refeições, espaço para descanso e higiene pessoal, vale transporte e orientação para acesso a direitos sociais. Além disso, a equipe estabelece um cuidado compartilhado com a rede, realizando monitoramento de casos e ofertando apoio aos diferentes serviços.

RESULTADOS

O TDO para casos complexos (com histórico ou risco de perda de seguimento) inclui o arranjo entre o engajamento da rede de apoio do usuário (formal e informal) e a oferta de recursos de incentivo ao tratamento (alimentação, vale transporte, atendimento multidisciplinar ou outros que estiverem ao alcance das equipes). De modo geral, O TDO-A tem logrado bons resultados no que diz respeito aos desfechos de tratamento e condução satisfatória de casos com histórico de múltiplas perdas de seguimento. É fundamental destacar a importância da articulação multissetorial⁵ nos casos com desfecho de cura, principalmente com a previdência social e com a assistência social, bem como com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do território. Portanto, empiricamente observa-se que promover o acesso a direitos básicos de cidadania e cuidado em saúde mental para pessoas afetadas por doenças socialmente determinadas, como a tuberculose, são potentes estratégias de adesão ao tratamento. Em quatro anos de existência, o TDO-A já acompanhou 48 tratamentos para tuberculose (salienta-se que a mesma pessoa pode ter passado por mais de um início de tratamento). Desses, 24 tiveram conclusão por cura. Foram 19 perdas de seguimento, com essas se concentrando em 9 usuários, o que demonstra a complexidade dos casos acompanhados. 4 tratamentos foram transferidos para outros serviços e 1 encerrado por óbito. Por fim, evidencia-se alguns desafios, como reinfecções e óbitos por outras causas, em decorrência da permanência em modos de vida vulnerabilizados e dificuldades, em alguns casos, de realizar a transição do cuidado para a rede de saúde e socioassistencial, gerando situações em que o usuário demandou continuar frequentando o serviço e acessando recursos mesmo após o término do tratamento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar da oferta gratuita de tratamento e da incorporação de esquemas medicamentosos mais promissores, o Brasil não tem atingido avanços mais robustos no enfrentamento da tuberculose como problema de saúde pública. A experiência do TDO-A mostra que o cuidado interdisciplinar associado à articulação multissetorial pode ampliar as chances de desfechos favoráveis de tratamento. Entretanto, o caráter socialmente determinado da tuberculose no cenário brasileiro, de profunda desigualdade social e iniquidades em saúde com crescente concentração de renda, precisa ser enfrentado com políticas de

desenvolvimento econômico e social que combatam privilégios e promovam qualidade de vida para o conjunto da população, para além de políticas focalizadas para mitigação da miséria.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>.
- (2) Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2021/2022. 2022. Disponível em: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pt.pdf>.
- (3) Shuhama BV et al. Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. Rev Escola Enferm USP. 2017;51(1):e03275.
- (4) Miranda WA. Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. Cad. Saúde Pública. 2018;34(10). Doi: [10.1590/0102-311X00209416](https://doi.org/10.1590/0102-311X00209416)
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Guia orientador: Promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

UM ANO DE VIVÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DO SUS E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Rhuan Diego Cisne Barbosa¹

Lais Sette Gomes

Lucas Alves da Silva

Evellyn Lais Lopes de Sousa Martin

Gilmara Pereira Caetano

Mayara Pereira da Silva

Roberto Teixeira de Lima

José da Paz Oliveira Alvarenga

Maria Aparecida Bezerra

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Entendendo a importância da vivência dentro do campo da atenção básica para a formação e amadurecimento dos discentes enquanto profissionais e cidadãos, o espectro de contextos permeados pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a função da extensão universitária como instrumento para fortalecer o protagonismo estudantil, o projeto “Promoção da Saúde em Comunidades com Ênfase na Estratégia Saúde da Família, uma ação interdisciplinar e interprofissional” propõe a inserção no território e nas vivências permeadas pela comunidade e trabalhadores das USFs (Unidades de Saúde da Família). [1]

Dessa forma, os extensionistas são convidados a entrar para equipe, participando e propondo atividades que permitam a troca e construção de conhecimento entre profissionais, discentes e comunidade. Além disso, ao serem inseridos na equipe, os discentes passam a visualizar a interprofissionalidade na prática de saúde, especialmente na figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais possuem o contato mais direto com os usuários e suas demandas. Assim, além da vivência teórico-prática dentro da atenção primária, o projeto convida à reflexão quanto à inter-relação entre diferentes profissionais e à aplicação do conhecimento acadêmico no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), exercendo dessa forma a educação permanente em saúde. [2,3]

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é compartilhar as experiências vivenciadas dentro do contexto da APS do município de João Pessoa pelo ponto de vista dos extensionistas, refletindo quanto à potencialidade da extensão universitária como instrumento para a construção e fortalecimento do conhecimento. Além disso, o trabalho também se propõe a refletir sobre a organização e modelo de trabalho das equipes de saúde da família, enxergando suas potencialidades e fragilidades. [1]

1 Universidade Federal da Paraíba. E-mail: rhuan.cisne@academico.ufpb.br

METODOLOGIA

A proposta do projeto consistiu em, por meio de reuniões quinzenais entre extensionistas e coordenadora, serem definidas propostas de atividades a serem realizadas na USF. Dessa forma, as propostas eram apresentadas para a equipe da unidade, que consideraria a viabilidade das ideias, assim como traria suas demandas, tendo em vista a dinâmica da unidade e proximidade com a comunidade. Dessa forma, foi acordado que as atividades a serem realizadas seriam: assistência à saúde, sob supervisão da coordenadora e das ACS, e educação em saúde, exercitando a prática da Educação Permanente tanto para usuários quanto extensionistas.

As atividades de assistência à saúde surgiram por demanda da comunidade e ocorreram da seguinte forma: As ACS, por demanda dos usuários, relataram as necessidades de atendimento e a coordenadora, supervisionando os extensionistas, guiava o atendimento dentro do contexto domiciliar, com as visitas iniciais ocorrendo para apresentar da equipe de extensão. [2]

Já as atividades de educação em saúde se utilizaram dos meses coloridos, sendo realizadas na sala de espera da USF, com apresentação do tema e retirada de dúvidas sob a responsabilidade dos estudantes.

RESULTADOS

Por ser uma atividade de extensão cuja proposta é inserir o estudante na APS em um território marginalizado, a experiência durante todo o projeto refletiu o sucateamento da saúde pública e o quanto esse problema reflete na saúde e empoderamento da equipe e do usuário. E, dentro desse contexto onde as ações se tornam limitadas, o aspecto mais evidente é o quanto o ACS movimenta a Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerando que a ideia norteadora da ESF é descentralizar o acesso à saúde, adentrar o contexto familiar e servir de porta de entrada do usuário para o SUS, o profissional que melhor representa esse modelo é o ACS, por ser o profissional com o contato mais direto com o usuário. Com isso, a proposta da interprofissionalidade trazida pela metodologia foi viabilizada e iniciada com esses profissionais. [2]

A maioria das demandas de assistência à saúde (se não todas) surgiram de usuários que estavam em fila de espera para cirurgias/atendimento e com diagnósticos antigos, mas sem tratamento. E pior: se tratavam em sua maioria de disfunções de baixa complexidade e gerando adoecimento não só físico, mas também mental. O que, por sua vez, culminava na adoção de estratégias ou práticas a partir do imaginário popular, as quais não necessariamente resolveriam a situação do usuário, evidenciando a necessidade da educação em saúde, especialmente de higienização. [3]

E pensando na integração da equipe e no acompanhamento efetivo dos usuários, sempre ocorreram discussões relacionadas aos casos dos pacientes atendidos e as situações visualizadas pela equipe. No período de um ano, foram realizados mais de 200 atendimentos, no contexto domiciliar ou da unidade, com casos demandando diferentes estratégias e organizações da equipe. [2]

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Levando em consideração todas as experiências vivenciadas, a extensão gerou impactos majoritariamente positivos, visto que a maioria dos usuários atendidos receberam alta por melhora dos sintomas, que a equipe da unidade solicitou a renovação do projeto, tanto por percepção própria quanto por demanda dos usuários, houve a criação de um vínculo positivo e que poderá ser utilizado para ações futuras no território, o qual se mostrou muito receptivo às atividades da extensão. Apesar do sucateamento e da vivência na APS ser desgastante pela demora dos encaminhamentos, quando é permitido que a teoria que a rege entre em ação, a ESF consegue gerar e trazer saúde de forma eficiente e transformadora. Tanto que, mesmo não existindo ainda inserção da fisioterapia na equipe da APS, os extensionistas presenciaram a importância de atuar no SUS, demonstrando como a APS funciona quanto porta de entrada do sistema e no quanto isso impacta para a saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

- [1] Santana RR, Santana CC de AP, Costa Neto SB da, Oliveira ÊC de. Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. Educação e Realidade. 2012;46(2). doi: 10.1590/2175-623698702.
- [2] Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJ de CM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Revista de Saúde Pública. 2018; 52. Doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000395
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Acervo da Biblioteca Virtual em Saúde. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

UMA LEITURA SOBRE O SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA VIVENCIADO POR RESIDENTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Michel Cabral Pacheco¹

Carla Pinto Coelho Hutter

Caroline Thebald dos Reis Gomes

Izabel Ester Pires

Laís Silva de Lima

Nathaly Mariane Branco do Nascimento

Rafaela Martinho Tobler

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A formação para se tornar um profissional de saúde passou por modificações de acordo com ideais vigentes, tendo grande foco inicial na materialidade e racionalidade. Para além da técnica cartesiana, principalmente a partir do século XX, tomaram os debates a humanização do processo de formação e a relação profissional-paciente, de início entre médicos e, posteriormente, demais profissionais da saúde [1]. O impacto do fazer laboral na saúde do profissional é uma das temáticas emergentes na contemporaneidade [2]. Bem como na Assistência Social e na Educação, a área da Saúde entra em contato com diversos aspectos da vulnerabilidade humana, o que pode gerar sofrimento mental para este profissional [3]. Na Residência, tipo de pós-graduação com atuação em campo, o profissional da saúde percorre a Rede de Atenção à Saúde em busca de aprimoramento, podendo ter contato com vulnerabilidades ao longo de toda sua atuação. Este sofrimento mental vivenciado pode ser entendido à luz da Teoria Psicanalítica, através do conceito de desamparo. Estudos na Saúde Coletiva que buscam compreender e trabalhar a saúde mental de trabalhadores da Saúde são de suma importância para propor acolhimentos efetivos, aprimorar a formação profissional, e repensar fluxos de trabalho.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo relatar uma experiência vivenciada na preceptorial e no campo por residentes psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e médicos da Residência Multiprofissional em Atenção Básica, lançando mão de Teorias Psicanalíticas para compreendê-la.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, com vivência no contexto da residência multiprofissional em Atenção Básica (AB) em Petrópolis, RJ. Durante os encontros formativos, os residentes apresentaram portfólios reflexivos contendo vivências do cotidiano profissional,

tendo como proposta estimular a reflexão crítica sobre sua atuação e os desafios enfrentados na prática, em especial aqueles relacionados ao cuidado em contextos de vulnerabilidade social. As narrativas dos residentes foram debatidas em grupo, sob mediação dos preceptores de nutrição e psicologia, favorecendo a escuta qualificada e o compartilhamento de sentimentos como o desamparo e a impotência frente a situações complexas vivenciadas nos diversos campos da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

RESULTADOS

Referente aos resultados, foi possível observar, durante a apresentação de portfólios, inúmeras falas com o sentimento de impotência, vivenciado pelos residentes em suas práticas. Profissionais da saúde se deparam com dores profundas e situações cuja complexidade de fatores sociais e emocionais parecem, ou mesmo são a priori, sem solução. Frente a isto, muitos adoecem diante do próprio sentimento de impotência de solucionar essas situações. Percebe-se, no contexto da residência na ESF, que a saúde mental dos profissionais que atuam na ponta torna-se debilitada em função da própria característica do trabalho: pessoas em situação de sofrimento. A empatia dos profissionais, necessária aos atendimentos humanizados, muitas vezes coloca também o profissional em situação de sofrimento ou adoecimento. Freud traz o conceito de desamparo inicialmente se referindo ao estado do bebê em relação à mãe, que depende desta para satisfazer suas necessidades básicas e por fim à tensão interna. A criança se angustia diante da falta da pessoa amada, sentindo necessidade de ver ou sentir o toque de quem está primariamente vinculada [4]. Ao ser obrigado a lidar com essa fragilidade, o desamparo impulsiona o sujeito a buscar mecanismos de adaptação ou enfrentamento e a partir desse ponto, vai emergindo sua subjetividade [5]. Posteriormente na vida adulta diante de situações de vulnerabilidade e frustração o indivíduo experimenta esse mesmo desamparo, só que com mais recursos subjetivos para elaborar as situações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Essa sensação dialoga com o sentimento de impotência abordado acima, comum nos profissionais residentes em saúde. Ao longo dos portfólios observou-se muitos relatos dos residentes em que a angústia prevalecia. Neste contexto, pensar e refletir sobre a saúde mental dos residentes em formação se faz necessário para pensar atividades formativas e espaços de acolhimento para dar conta do sofrimento experienciado como sentimento de impotência diante da dor do outro e da própria dor. A luz do conceito de desamparo pode-se compreender os mecanismos envolvidos na atuação do profissional e o impacto sobre sua saúde mental. No contexto mais amplo da atuação de profissionais de saúde faz-se necessário pensar estratégias e espaços para cuidar da saúde mental destes, incluindo políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde mental dos profissionais que atuam na assistência e no cuidado à população.

REFERÊNCIAS

- [1] Casate JC, Corrêa AK. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Rev Esc Enferm USP. 2012;46:219-26.
- [2] Paparelli R, Sato L, Oliveira F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. Rev Bras Saúde Ocup. 2011;36:118-27.
- [3] Silva JB, Vasconcellos PA, Figueiredo VCN. Trabalho e sofrimento: desafios da saúde mental de profissionais da assistência social. Psicol Estud. 2020;23:e2307.
- [4] Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. 1905. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.7.
- [5] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

UN CAMINO POSIBLE EN LA RELACIÓN DE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y LA SALUD COLECTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DE MONTEVIDEO-URUGUAY

María Rosa Corral¹

Camila Piñeiro

Lucila Guerra

INTRODUCCIÓN

Este trabajo propone una discusión en torno a la relación de la Educación Física y la Salud en el Primer Nivel de Atención (PNA) en salud del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, a partir de la presentación del proyecto *Estrategias Interdisciplinarias para la producción de salud. Un camino posible*, un Espacio de Formación Integral (EFI) enmarcado en el Instituto Superior de Educación Física (ISEF) de la Universidad de la República (Udelar). Dicho proyecto, tiene anclaje territorial en el barrio Cerrito de la Victoria, Montevideo, Policlínica *San Lorenzo*.

Los EFI son dispositivos de la Udelar que se constituyen como espacios de trabajo académico y formación profesional, conformados por docentes y estudiantes universitarios en vínculo con diversos actores territoriales. Este EFI, se posiciona desde la perspectiva de la Salud Colectiva (SC), la Clínica Ampliada (CA) y las Prácticas Corporales (PC)¹. Dichas perspectivas, nos permiten discutir las formas de pensar y hacer en salud, tornándose la integralidad, la interdisciplina y la intersectorialidad ejes fundamentales para la producción de salud, donde las prácticas corporales se tornan relevantes por su carácter intersubjetivo, histórico y cultural. Así, el proyecto se presenta como una oportunidad para ampliar y complejizar la discusión en relación a la Educación Física (EF) en su vínculo con la salud.

OBJETIVO

Identificar los emergentes vinculados al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, que surjan desde el espacio de articulación territorial en el barrio Cerrito de la Victoria, Montevideo.

Diseñar, implementar y evaluar estrategias interdisciplinarias e intersectoriales que promuevan la producción de salud en el barrio.

Conocer y problematizar los aportes de la educación física y las prácticas corporales en el marco del Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud.

METODOLOGÍA

Desde la EF entendemos relevante poner en diálogo aportes provenientes de diversas áreas del saber para la comprensión y abordaje de la salud como proceso de salud-enfermedad-atención-

1 Universidad de la República. E-mail: mcorralv18@gmail.com

cuidado. En esta línea, la función del profesional de salud sería la de producir salud con las personas y comunidades, asumiendo un posicionamiento ético-político en defensa de la vida¹. Esto, implica una redefinición epistemológica y metodológica, a partir de la acción situada, contextualizada y centrada en el sujeto². De esta forma, las relaciones profesional-usuario se amplían y conciben desde una perspectiva interdisciplinaria, adoptando un enfoque horizontal, reflexivo y creativo, centradas en las trayectorias personales y biografías corporales de los sujetos en el marco de un contexto sociohistóricocultural. Así, el EFI en un rol articulador, coordinador y vertebrador, se configura como potencia en y del territorio para fortalecer y ampliar acciones colectivas. Particularmente, se ponen en juego estrategias de planificación y acción conjunta, participación semanal en grupos, encuentros mensuales de reflexión teórica, registro fotográfico/narrativo, sistematización y evaluación de experiencia.

RESULTADOS

El proyecto surge en 2018 tras la solicitud del equipo de salud de la Policlínica al Grupo *Estudios socioculturales de las Prácticas Corporales, la Educación Física y la Salud* (ISEF) de incorporar profesionales de EF para dar clases de gimnasia al grupo de Obesos, Diabéticos e Hipertensos (ODH). Pese al enfoque biomédico allí reconocido, se vio como oportunidad para el trabajo colectivo en salud, el diálogo interdisciplinario y la inserción de profesionales de EF en el PNA. De esta experiencia, exponemos tres categorías que dan cuenta de forma general el trabajo que venimos realizando.

Integralidad

La formalización del EFI como espacio curricular para estudiantes de diversas áreas del conocimiento de la Udelar, permitió su participación en el territorio a partir de prácticas e investigaciones. A su vez, habilitó la articulación con asignaturas de la formación en licenciados en EF y la producción de conocimiento del Grupo, fortaleciendo la enseñanza e investigación.

Interdisciplina

El objeto que convoca al trabajo conjunto es la producción de salud. Así, se implementan acciones con actores barriales e institucionales en un proceso de revisión constante. Cabe destacar los vínculos con los equipos de salud, estudiantes de psicología y medicina, adolescentes del barrio y usuarias de salud, los cuales posibilitaron la creación de la Huerta Orgánica Comunitaria, la conformación del grupo *Las ganas de vivir* (antes *ODH*), y la realización de talleres de preparación para el nacimiento.

Intersectorialidad

La participación en el Nodo Cerrito, espacio intersectorial de abordaje de emergentes territoriales vinculados a salud, educación y cultura, se ha convertido en una instancia de encuentro fundamental para compartir experiencias, co-construir proyectos, generar vínculos y tejer redes.

CONSIDERACIONES

En el devenir y recorrido por la experiencia, podemos señalar que la perspectiva teórica habilita

al diálogo entre *saberes otros*, entretejiendo los provenientes de los diferentes actores disciplinares, institucionales y barriales. Así, se configuran *formas otras* de la relación de la EF con la salud, que amplían los escenarios, las prácticas y las experiencias. Asimismo, las diferentes estrategias que se han adoptado desde el EFI, han permitido el fortalecimiento de vínculos intersectoriales, interdisciplinarios e intersubjetivos, potencializando el trabajo en salud. Asimismo, esta experiencia se ha construido como instancia significativa para la formación de estudiantes de EF en el campo de la salud desde perspectivas ampliadas e interdisciplinarias, así como, el fortalecimiento de la inserción territorial de la Udelar en este anclaje, particular.

REFERENCIAS

- (1) Monteiro-Mendes V, Carvalho Y. Práticas Corporais e Clínica Ampliada. São Paulo: Hucitec; 2016.
- (2) Sousa-Campos GW. Gestión en salud en defensa de la vida. Buenos Aires: UNLa-Universidad Nacional de Lanús; 2021. Disponible en: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/15>

UNIDADES ODONTOLÓGICAS MÓVEIS: PERSPECTIVA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL PARA POPULAÇÕES REMOTAS E VULNERÁVEIS?

Mônica Villela Gouvêa¹

Elisete Casotti

Patty Fidelis de Almeida

Maisa Miglioli,

Felipe dos Santos Lisboa

Julia Fernandes Jorge

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família oficializada em 2000 representou um avanço significativo na atenção primária, mas ainda há obstáculos no acesso de populações vulneráveis. Dados do IBGE de 2000 indicam que 18,7% da população nunca havia ido ao dentista. Esse problema é ainda mais grave em áreas rurais, onde a odontologia é inacessível para 10,3 milhões de pessoas [1]. Nessas regiões, a prevalência de cárie em especial, é alta e há dificuldades no acesso ao tratamento odontológico da população em geral. Para reduzir essas barreiras, a utilização de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) tem se mostrado uma alternativa. As UOMs são uma estratégia para mitigar barreiras ao atendimento odontológico, através de veículos adaptados com consultório odontológico, operados por profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) que garantem continuidade do cuidado através de sistemas de referência. No Brasil, a primeira entrega de UOMs ocorreu em 2011, mas ainda há poucos estudos avaliando seu impacto. A pesquisa multicêntrica “Organização e Acesso aos Cuidados em Saúde Bucal na Atenção Básica” está investigando a implementação dessas unidades nos 270 municípios que receberam essa primeira remessa. Dentre eles, foi determinada uma amostra de 60 municípios em que serão aplicadas entrevistas com gestores e equipes de saúde bucal vinculadas às UOM.

OBJETIVO

Compreender a experiência de Unidades Odontológicas Móveis situadas no estado do Rio de Janeiro, sob a perspectiva da ampliação do acesso à saúde bucal na Atenção Primária, sendo objetivos secundários, investigar as condições de Unidades Odontológicas Móveis fornecidas aos municípios do estado RJ e descrever e analisar fortalezas e dificuldades na utilização de Unidades Odontológicas Móveis nestes municípios.

METODOLOGIA

Este estudo é parte de um Projeto multicêntrico nacional sob a coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte tendo sido aprovado por seu CEP. Possui Termo de Anuência Institucional (TAI) assinado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS, além do Termo de Anuência assinados pelos respectivos gestores municipais. O recorte da pesquisa apresentado neste manuscrito, constitui estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, envolvendo os dois municípios situados no norte do estado do Rio de Janeiro que receberam UOM do Ministério da saúde no ano de 2011. Após deslocamento das pesquisadoras para os municípios, foram realizadas entrevistas presenciais a partir de um roteiro semiestruturado, com gestores e profissionais da equipe de saúde bucal da ESF vinculados às UOMs (municípios A e B). Os relatos foram gravados, transcritos e categorizados por temáticas, abrangendo acesso, funcionamento, desafios e percepção dos profissionais. Os dados foram analisados na perspectiva da Análise Temática [2].

RESULTADOS

A análise do funcionamento das UOM no estado revelou que estão concentradas na região norte e que estão em pleno funcionamento. Os gestores revelaram compreensão do valor da UOM para alcançar populações em locais de difícil acesso e com barreiras de transporte até o centro da cidade. As UOM se deslocam para áreas rurais e para escolas [3]. A gestão do material (esterilização e reposição) é feita na unidade ESF de referência. As principais dificuldades se referem ao espaço limitado do consultório, variações de temperatura na unidade móvel, o que compromete o atendimento em especial de crianças especiais e idosos. Há dificuldade também de instalação de pontos de energia 220V nas áreas rurais e de deslocamento para certas localidades, especialmente em dias chuvosos. Quanto aos encaminhamentos, os municípios referem dificuldade de referência para endodontia por falta de profissionais. O município B firmou parceria com uma clínica-escola em município vizinho para garantir o serviço. A manutenção dos veículos é eficiente em ambos os municípios, sendo que no município A ocorre de forma periódica e preventiva e relatam que, apesar de antigo, o veículo não apresenta grandes problemas estruturais relacionados a água, luz ou segurança. Já no município B, a manutenção do carro é realizada apenas quando há quebras ou problemas e nesses casos há demora na manutenção e prejuízos no atendimento, pois é dada prioridade ao conserto de outros veículos da frota. As equipes entrevistadas revelaram que o deslocamento das UOM /ações ocorrem semanalmente com equipes rotativas. Uma dentista destaca a satisfação profissional de devolver a saúde bucal a pessoas que não teriam acesso e o reconhecimento do trabalho pela população atendida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As UOM são fundamentais para ampliar o acesso à saúde bucal em comunidades vulneráveis. Os principais desafios são limitações de espaço e manutenção, além da rotatividade de profissionais. No entanto, os benefícios incluem atendimento descentralizado, integração com escolas e fortalecimento da prevenção em saúde bucal. Nos municípios que receberam UOM no estado do Rio de Janeiro, apesar

de desafios para a manutenção, essas unidades parecem contribuir positivamente para a discussão sobre a necessidade de se ampliar o acesso ao cuidado em saúde bucal na Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(3):21-34.
- [2] Minayo MC. O desafio do conhecimento. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- [3] Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31(3):260-8.

XUTE TXAHE: PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONTRIBUINDO PARA O BEM VIVER DOS POVOS INDÍGENAS

Maria Clara da Silva Dutra¹
Stefani Cecília Dias Francisco
Rosemere de Barros de Oliveira
Brenda Freitas da Costa
Fernanda Pereira de Paula Freitas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Desde 1500, os originários do território que hoje se chama Brasil, sofrem com as consequências da colonização. Doenças trazidas pelos brancos dizimaram populações inteiras. Além disso, pelo impacto provocado na natureza, somado ao surgimento de novas doenças, muitos povos não têm mais tantos recursos para se curar com a medicina tradicional indígena como antigamente.

A vulnerabilidade dos povos originários às doenças dos invasores, a distância das aldeias dos grandes centros urbanos, e as particularidades da cosmovisão indígena sobre saúde e doença, são alguns dos fatores que fizeram necessária a criação de um subsistema específico destinado para organizar a saúde indígena e garantir o direito a uma atenção diferenciada. Em 1999, foram implementados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), delimitados a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Porém, os DSEIs abrangem apenas as aldeias, deixando os indígenas de contexto urbano desassistidos. [1]

Segundo o Censo do IBGE (2022), 63% da população originária vive fora de terras indígenas. No estado do RJ, a população é de quase 17 mil, sendo apenas 546 indivíduos residentes das aldeias de Angra dos Reis, Paraty e Maricá. O DSEI Litoral Sul cobre essas aldeias, mas todos os outros indígenas ficam sem direito à atenção diferenciada e precisam recorrer às mesmas unidades de saúde que os não indígenas. [2]

OBJETIVO

Dado o exposto anteriormente, entende-se que é preciso melhorar a assistência às pessoas indígenas de contexto urbano. Nesse sentido, o projeto de extensão Xute Txahe foi criado com objetivo de complementar a formação dos cursos da área da saúde, facilitando o contato dos estudantes com especificidades e conceitos da saúde indígena, para que se tornem profissionais mais capacitados para atender essa população.

METODOLOGIA

O projeto foi pensado e construído em parceria com a Aldeia Maracanã, um território autodemarcado, localizado no bairro Maracanã, ao lado da UERJ, e que conta com aproximadamente

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: mariaclaradut@gmail.com

15 famílias residentes. O nome Xute Txahe significa “bem viver” na língua do povo Puri, escolhido por ser uma etnia originária do Rio de Janeiro e outros estados da região sudeste.

Parte da carga horária consiste em reuniões online com o núcleo do projeto para discussão teórica sobre temáticas referentes a saúde e bem viver indígena. Nas reuniões, também é feito o planejamento das atividades presenciais, que são encontros na aldeia, na forma de roda de conversa, com a participação de membros da comunidade. Nesses encontros, são abordadas noções básicas das medicinas tradicionais indígenas, os principais problemas enfrentados ao buscar atendimento, aspectos da cultura e alimentação, e a relação com a natureza e a terra. Após as visitas, os estudantes são estimulados a escrever narrativas sobre o que vivenciaram, suscitando a reflexão sobre os temas.

RESULTADOS

Nas reuniões online, foram discutidos artigos, vídeos, livros, entre outros materiais. Um exemplo é o livro “Em Nossas Artérias, Nossas Raízes”, produzido pela Universidade Indígena Aldeia Marakanã, que contém falas de vários indígenas que moram ou já passaram por lá. [3]

Algumas rodas de conversa realizadas foram: “Saúde e bem viver dos povos indígenas: problemáticas e perspectivas” com as lideranças da aldeia Urutau Guajajara e Potyra Guajajara; “Medicinas da floresta e seu papel no bem viver dos povos indígenas”, com Potyra Guajajara e o pajé Kajanã Tupiniquim; e “O caminho de volta pra casa: a medicina da mãe terra” com a curandeira Amanda Goytaká.

Nas narrativas produzidas pelos estudantes, percebe-se que essas atividades permitiram o contato com realidades diferentes, que embora aconteçam tão próximas à universidade, não são comentadas dentro das salas de aula.

Dessa forma, a participação nas atividades sobre saúde indígena se mostrou um diferencial para os estudantes do projeto, pois é necessário que haja sensibilização sobre a temática na graduação para que se formem profissionais preparados para acolher essa população. Para isso, precisamos conhecer seus direitos e compreender sua realidade, coisas que são ignoradas no modelo de formação atual, mas que a partir dos encontros, conseguimos nos aproximar.

O projeto, iniciado em 2023, foi temporariamente inativado em meados de 2024, devido a baixa adesão dos alunos. Felizmente, esse ano, o Xute Txahe vem sendo retomado e reformulado, com boas expectativas por parte dos integrantes.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As discussões teóricas possibilitaram o aprendizado sobre conceitos como saúde indígena, bem viver e atenção diferenciada, e também sobre o funcionamento do subsistema de atenção à saúde indígena (SasiSUS), seus princípios e dificuldades. As rodas de conversa na aldeia foram um meio de contato com as vivências dos indígenas, contadas por eles próprios. Através dessas atividades, os

estudantes puderam entender a importância das plantas na saúde e espiritualidade dos povos originários. Também puderam conhecer as dificuldades enfrentadas pelos indígenas em contexto urbano no acesso à saúde e à atenção diferenciada.

Com a retomada do projeto, a expectativa é que haja uma aproximação cada vez maior da universidade com a aldeia, quebrando barreiras e atravessando muros, em prol de uma parceria benéfica para ambos os lados. Assim, é possível começar a preencher algumas lacunas no currículo, para que os profissionais formados, ofereçam melhor assistência para a população indígena.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Socioambiental (ISA). Saúde indígena [Internet]. São Paulo: ISA; [citado 2025 abr 15]. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena
- [2] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama do Censo 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- [3] Krikati GP, Guajajara U, Xavante J, Munduruku L, Icó L. Em nossas artérias, nossas raízes [Internet]. Rio de Janeiro: Aldeia Maracanã; 2023 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://archive.org/details/em-nossas-arterias/page/n3/mode/1up>



Realização

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Patrocínio

OPAS
Organização Pan-Americana de Saúde
Departamento de Saúde

FAPERJ
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro


CAPES

 **CNPq**

 Sindicato dos
Trabalhadores
da Fiocruz

 **ENSP**

 **FIOCRUZ**

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO