

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Silvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

CUIDADOS EM SAÚDE

Coleção Ciência e Desenvolvimento
56

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

CUIDADOS EM SAÚDE

ISBN 978-65-8877-189-1

FRANCA
Uni-FACEF
2025

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Profª. Drª Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADORA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Profª. Drª. Marinês Santana Justo Smith

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Dr. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Prof. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facuri

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª. Márcia Aparecida Giacomini

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Dnd. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Maria Eloísa de Souza Ivan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Prof. Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel Facciolo Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Maria Eloísa de Souza Ivan (Uni-FACEF)
Daniel Facciolo Pires (Uni-FACEF)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Érika Andressa da Silva (IFESC)
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)
Josiane Maria Starling Duarte (Uni-FACEF)
Kelly Jacqueline Barbosa (Uni-FACEF)
Lívia Maria Lopes (Uni-FACEF)
Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni (UNESP)
Edson Zangiacomi Martinez (USP)
Janise Braga Barros Ferreira (USP)
Mário Luís Ribeiro Cesaretti (UNIFESP)
Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida (UFMS)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
João Baptista Comparini
Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sílvio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva
Lucas Antônio Santos
Leonardo Carloni Rodrigues Meira

© 2025 dos autores
Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 56.

Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)

O51c Cuidados em saúde. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira;
Ana Carolina Garcia Braz; Daniel Facciolo Pires; Marinês
Santana Justo Smith; Sílvia Regina Viel; Welton Roberto Silva
(Orgs.). – Franca: Uni-FACEF, 2025.

144p.; il. – (Coleção Ciência e Desenvolvimento ; v. 56)

ISBN Coleção 978-65-8877-105-1

ISBN Volume 978-65-8877-189-1

DOI

1.Multidisciplinar - Fórum. 2.Educação em saúde. 3.Cuidado
em saúde. I.T.

CDD 610.7

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

O XIX Fórum de Estudos Multidisciplinares do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) aconteceu de 19 a 21 de maio de 2025, envolvendo estudantes, docentes pesquisadores e profissionais, que demonstraram grande potencial de produção científica. No livro CUIDADOS EM SAÚDE, buscou-se apresentar uma visão ampla e holística, desde a importância da educação em saúde, do autocuidado, da gestão do cuidado, da prevenção até a indispensabilidade de uma abordagem integral e singular, sem deixar de mencionar o estabelecimento de vínculos de confiança e respeito no cuidado em saúde.

Considerado como um processo complexo e multifacetado que envolve a dimensão física, mental e social do indivíduo, as novas pesquisas contribuem e criam possibilidades de explorar os pilares do cuidado em saúde, identificando as práticas e estratégias adequadas, além de contribuir também para a tomada de decisões clínicas mais eficazes, e que resultam na segurança no cuidado com a pessoa/paciente e na eficiência da gestão de risco, em ambientes controlados ou não, onde a complexidade e adversidade são realidades

Com as pesquisas, o cuidado em saúde pode ser otimizado e resultar no desenvolvimento de novas tecnologias, além de novas intervenções e avanços, fornecendo evidências científicas que fundamentam e melhoram a qualidade da atenção através do desenvolvimento de novos cuidados, do aprimoramento das ações de prevenção de doenças e de promoção da segurança do paciente.

As pesquisas sobre Cuidado em Saúde são imprescindíveis para o avanço do conhecimento e a promoção de práticas mais eficazes e baseadas em evidências. Superar os desafios existentes e fortalecer a pesquisa nesse campo é fundamental para garantir um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e com melhores resultados para a população.

Enfim, desejo, através da leitura do livro, uma reflexão mais profunda sobre o cuidado em saúde, promovendo uma abordagem mais humanizada, resolutiva e focada nas necessidades de cada indivíduo.

Prof^a Mestre Fernanda Pini de Freitas-Docente
Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) NO MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO	8
DESIGUALDADES REGIONAIS DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NAS RRAS 1, 6 E 13 DO ESTADO DE SÃO PAULO (2014–2024)	24
FAMÍLIA E A PERCEPÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	38
JUVENTUDE EM RISCO: Os desafios da prevenção combinada	51
O PAPEL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: um relato de experiência.....	67
OS IMPACTOS DA ATIVIDADE FÍSICA NOS EFEITOS PSICOFISIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO	85
REINVENTANDO CICLOS: a Integralidade do Cuidado à Mulher 50+	100
TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NO CLIMATÉRIO: possibilidades e desafios - uma revisão bibliográfica	112
VIVÊNCIAS ACADÊMICAS ACERCA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO PACIENTE COM NEOPLASIA.....	132
ÍNDICE	144

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) NO MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Fabrício Pádua da Silva

Profa. Dra. Livia Maria

1. INTRODUÇÃO

O HIV continua sendo um dos principais desafios de saúde pública global, com uma prevalência maior em populações vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e população privada de liberdade. Além disso, fatores como desigualdades socioeconômicas e barreiras estruturais, como racismo e LGBTfobia, aumentam a vulnerabilidade de certos grupos. A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017, é uma das estratégias de prevenção mais eficazes. A Prevenção Combinada, que engloba abordagens biomédicas (como o uso de preservativos, PrEP e PEP), comportamentais (mudanças no comportamento) e estruturais (enfrentamento de desigualdades sociais), visa reduzir a transmissão do HIV e promover maior equidade no acesso à saúde. Este estudo busca analisar os dados epidemiológicos da PrEP no Brasil, com foco no estado de São Paulo e no município de Franca, para entender o perfil dos usuários, avaliar a efetividade da PrEP e identificar lacunas na implementação da prevenção combinada. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico (social, econômico e biográfico) dos usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no município de Franca-SP. **Metodologia:** Este estudo é descritivo e de coorte, abrangendo o período de 2018 a 2024. Serão utilizados dados secundários do Ministério da Saúde, especificamente do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. A pesquisa analisará o perfil social, econômico e biográfico dos usuários de PrEP no Brasil, com foco no estado de São Paulo e no município de Franca, utilizando dados sobre escolaridade, raça/cor, sexualidade, gênero e faixa etária. **Resultados:** O perfil epidemiológico dos usuários de PrEP no Brasil, em São Paulo e em Franca segue padrões

semelhantes, com predominância de pessoas brancas ou amarelas, gays ou HSH cisgêneros, com escolaridade de 12 anos ou mais e idade entre 30 e 39 anos. O número de usuários aumentou de 6.715 em 2018 para 110.733 em 2024, representando um crescimento de 1.549% no Brasil. Em São Paulo, o número de usuários cresceu de 2.866 para 43.036 no mesmo período, com um aumento de 1.401%. Em Franca, o número de usuários aumentou de 1 para 229, resultando em um crescimento de 22.800%. Apesar desse avanço, a distribuição da PrEP ainda não ocorre de forma equitativa. A partir de 2021, observou-se uma mudança no perfil educacional em Franca, com maior predominância de usuários com até 11 anos de escolaridade, o que sugere a necessidade de estratégias específicas para atender a demandas locais e ampliar o acesso à profilaxia para populações vulneráveis.

2. IV E SUA RELEVÂNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Historicamente, desde a descoberta do HIV, inicialmente denominado "vírus associado a linfadenopatia", acredita-se que sua transmissão silenciosa tenha se originado na África Subsaariana. Em 1981, o HIV foi descrito pela primeira vez em casos de pneumonia, sob a forma de "Pneumocystis em homens homossexuais", no Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade (MMWR) do Centro de Controle de Doenças (CDC), em Los Angeles (ARAÚJO e ALL., 2023).

Somente dois anos após essa publicação, em 1983, foi identificada a etiologia do HIV como sendo um retrovírus. O Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus então denominou-o "Vírus da Imunodeficiência Humana" (HIV). A partir dessa descoberta, iniciou-se um intenso esforço científico e de saúde pública para investigar o vírus e controlar a epidemia em curso (ARAÚJO e ALL., 2023).

Quatro décadas depois, o avanço nas áreas de prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do HIV foi substancial. O HIV foi reconhecido como uma condição de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde Brasileiro. Até o ano de 2024, as inovações no tratamento e na prevenção do HIV/AIDS representaram transformações significativas, a ponto de a expectativa de vida de uma pessoa vivendo com o HIV ser praticamente equivalente à de uma pessoa sem o vírus (ARAÚJO e ALL., 2023). Além disso, métodos preventivos como a profilaxia pré-exposição (PrEP) e a prevenção combinada têm mostrado eficácia tão alta que a

probabilidade de infecção pelo HIV é praticamente inexistente quando esses métodos são usados corretamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

No entanto, a epidemia global de HIV não está uniformemente distribuída. Este é um dos principais desafios de saúde global e saúde pública, pois, em certos países e comunidades, o HIV continua sendo uma epidemia prevalente e com desafios específicos, refletindo desigualdades no acesso a tratamentos e medidas preventivas (ORGANIZATION, WORLD HEALTH, 2022).

A ficha informativa global de 2024 da UNAIDS apresenta dados cruciais para compreender a epidemiologia global do HIV/AIDS e sua relevância como problema de saúde pública. Em 2023, 39,9 milhões de pessoas viviam com HIV, 1,3 milhão foram novas infecções e 630 mil faleceram devido a doenças relacionadas à AIDS. Além disso, 30,7 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral (TAR) nesse ano (UNAIDS, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde Brasileiro, ao analisarem epidemiologicamente os dados de HIV/AIDS, promoveram a adoção de políticas públicas que reconhecem a epidemia de HIV/AIDS como uma questão global urgente, exigindo a implementação de estratégias eficazes e rápidas. Em maio de 2016, foi lançada a primeira Estratégia Global do Setor de Saúde, que estabeleceu como meta a eliminação de certas doenças, incluindo a AIDS, como problema de saúde pública até 2030 (ORGANIZATION, WORLD HEALTH, 2022). Essas doenças são frequentemente classificadas como "doenças de determinação social", influenciadas por contextos de vulnerabilidade social, econômica e ambiental, que podem aumentar ou diminuir o risco de infecção e complicações associadas (WERLE, TESTON, *et al.*, 2022) (OLIVEIRA, AGUIAR, *et al.*, 2024).

A eliminação da AIDS foi formalmente implementada em fevereiro de 2024 pelo programa "Brasil Saudável", como uma prioridade de saúde pública, com o objetivo alinhado aos prazos estabelecidos pela Agenda 2030 para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da OMS. Nesse contexto, o Brasil adota metas específicas para o enfrentamento do HIV/AIDS: diagnosticar 95% das pessoas vivendo com HIV, tratar 95% dos diagnosticados e alcançar 95% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida (abaixo de 1.000 cópias/ml) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Populações em Vulnerabilidade: Quem são e por que estão em maior risco?

Como explicado anteriormente, a epidemia de HIV/AIDS concentra-se em grupos populacionais-chave e, no Brasil, não é diferente. Esses grupos estão inseridos em contextos que aumentam sua vulnerabilidade tanto para a infecção quanto para a transmissão do HIV. A maior vulnerabilidade desses grupos resulta em uma prevalência de infecção superior à média nacional, que é de 0,4%. Entre esses grupos estão gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas, a população privada de liberdade e profissionais do sexo. Além disso, existem populações prioritárias, como adolescentes e jovens, a população negra, a população indígena e pessoas em situação de rua. A vulnerabilidade dessas populações está intimamente relacionada às dinâmicas sociais, tornando essencial a implementação de estratégias de prevenção eficazes para evitar que essas desigualdades ampliem a epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A prevalência global do HIV na população adulta, entre 15 e 49 anos, foi de 0,8%. Contudo, essa taxa varia consideravelmente entre diferentes grupos populacionais, refletindo maior vulnerabilidade em certos contextos. A prevalência foi de 2,3% entre mulheres de 15 a 24 anos na África Oriental e Austral, 7,7% entre gays e HSH, 3% entre profissionais do sexo, 5% entre pessoas que utilizam drogas injetáveis, 9,2% na população trans e 1,3% entre pessoas privadas de liberdade (UNAIDS, 2024).

Ao analisar as populações em situação de vulnerabilidade ao HIV, observa-se a influência de fatores pessoais, sociais, econômicos e demográficos. A correlação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a epidemia global e nacional de HIV/AIDS evidencia que populações socialmente marginalizadas apresentam maior risco de infecção pelo vírus (OLIVEIRA, AGUIAR, *et al.*, 2024).

No Brasil, ao considerar a variável raça/cor autodeclarada, verifica-se que, desde 2016, a soma da população preta e parda corresponde a mais da metade dos casos notificados. Em 2023, os dados do SINAN indicaram que 63,2% das notificações compulsórias de HIV/AIDS foram entre pessoas negras, sendo 49,7% pardos e 13,5% pretos, enquanto 30,7% correspondiam a pessoas brancas. Esses números demonstram que a população não branca atualmente apresenta maior vulnerabilidade. Antes de 2016, no entanto, a predominância dos casos era entre pessoas brancas. Além disso, há diferenças significativas entre os gêneros. Em

2023, 64,2% das mulheres que se infectaram eram negras, enquanto entre os homens essa proporção foi de 62,9% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

No que se refere à orientação sexual, observa-se que, entre os homens infectados em 2023, 53,6% eram gays ou HSH. Já entre as mulheres, 86,4% das infecções ocorreram entre aquelas que se identificam como heterossexuais. Esses dados reforçam a importância de estratégias de prevenção específicas para diferentes grupos populacionais, considerando suas particularidades e contextos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Em relação ao gênero, entre 2007 e 2023, 70,7% dos casos de HIV no Brasil foram diagnosticados em homens. Em 2023, a proporção foi de 27 casos entre homens para cada 10 casos entre mulheres, evidenciando o crescimento da epidemia na população masculina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Os determinantes sociais da saúde no Brasil apresentam especificidades em comparação a outros países, mas é notório que desigualdades sociais, econômicas e demográficas influenciam diretamente a distribuição dos casos de HIV. Fatores como discriminação, estigma e preconceito, incluindo LGBTfobia, machismo, racismo e sorofobia, agravam a vulnerabilidade de determinados grupos e reforçam barreiras no acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV (WERLE, TESTON, *et al.*, 2022) (OLIVEIRA, AGUIAR, *et al.*, 2024).

Profilaxia Pré-Exposição como inovação

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é uma das estratégias de prevenção ao HIV, implementada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em dezembro de 2017. Desde então, essa abordagem tem se expandido por todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A PrEP foi introduzida em duas fases. Na primeira, a distribuição ocorreu em 11 unidades federativas (Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo), com disponibilidade em 35 serviços de atendimento à prevenção primária do HIV/Aids. Na segunda fase, em junho de 2018, o acesso foi ampliado para outros 15 estados (Alagoas, Amapá, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Roraima, Rondônia,

Tocantins e Sergipe). Por fim, em 2019, o Acre foi o último estado a implementar a distribuição da PrEP.

Em 2019, as políticas públicas voltadas à Profilaxia Pré-Exposição incentivaram a expansão da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no que se refere ao HIV. Esse processo envolveu a criação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/Aids. Como resultado, o número de serviços disponíveis aumentou de 176 em 133 municípios em dezembro de 2019 para 377 em 252 municípios em dezembro de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A Profilaxia Pré-Exposição consiste no uso de fármacos antirretrovirais (ARV) por indivíduos sem o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), mas que apresentam alta vulnerabilidade à infecção. O esquema disponibilizado pelo SUS é um comprimido que combina 300 mg de Fumarato de Tenofovir Desoproxila e 200 mg de Entricitabina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A PrEP foi desenvolvida como uma estratégia de prevenção primária, proporcionando proteção eficaz para grupos em situação de vulnerabilidade. Seu objetivo é reduzir significativamente o risco de infecção pelo HIV por meio do uso regular de antirretrovirais, administrados oralmente ou de forma injetável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Estudos demonstram a eficácia da PrEP. Em homens cisgêneros que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres trans, a redução do risco de infecção pode chegar a 44%. Já entre heterossexuais cisgêneros, essa redução pode superar 62% (homens: 88%; mulheres: 66%) (GRANT, 2012) (BAETEN, 2012).

Pesquisas específicas, como o estudo IPERGAY, avaliaram o uso da PrEP sob demanda, ou seja, tomada apenas antes e após o ato sexual, em vez do uso diário tradicional. Esse estudo revelou uma redução de 86% no risco de infecção pelo HIV. Resultados semelhantes foram observados no estudo PROUD, um ensaio clínico aberto com homens gays/HSH cisgêneros em risco de infecção, que também indicou 86% de eficácia na prevenção do HIV (MAYER, HOSEK, *et al.*, 2015) (GLOBAL ADVOCACY FOR HIV PREVENTION, 2022) (VELOSO e AL., 2019).

3. PREVENÇÃO COMBINADA COMO SOLUÇÃO AO HIV

O conceito de Prevenção Combinada, introduzido em 2009, representa uma abordagem mais ampla para a prevenção primária das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), com ênfase no HIV. Esse modelo integra diferentes estratégias para reduzir o risco de infecção, combinando métodos biomédicos, comportamentais e estruturais. A prevenção biomédica envolve a redução da exposição ao vírus por meio de métodos como preservativos (prevenção de barreira) e antirretrovirais (ARV), incluindo a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A abordagem comportamental busca modificar comportamentos de risco por meio da educação e do acesso à informação, capacitando indivíduos a adotarem estratégias personalizadas de prevenção. Já a abordagem estrutural foca na redução da vulnerabilidade ao HIV por meio de mudanças nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos. Esse modelo busca combater o preconceito, a discriminação e a intolerância, promovendo educação em direitos humanos e cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Entre os métodos utilizados na Prevenção Combinada, destacam-se a testagem regular para HIV, o uso da PEP (Profilaxia Pós-Exposição), o acesso a preservativos, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a redução de danos, o gerenciamento de risco e vulnerabilidades, a supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral (I=I), imunizações e a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B. A combinação de dois ou mais desses métodos é o que caracteriza a estratégia de Prevenção Combinada, proporcionando maior eficácia na redução da transmissão do HIV e outras ISTs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

4. JUSTIFICATIVA

A atual pesquisa preza pela necessidade de atualizar e compilar informações recentes sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua principal estratégia de prevenção primária, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Além disso, busca apresentar dados epidemiológicos atualizados sobre as pessoas que estão sendo

infectadas pelo vírus e sobre aquelas que fazem uso da PrEP, analisando seu perfil individual, social, econômico, cultural e demográfico.

A principal justificativa é estudar o perfil epidemiológico e identificar quais populações e comportamentos apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, compreender quem mais necessita da PrEP e, conseqüentemente, da adoção da Prevenção Combinada. A análise dos perfis epidemiológicos no Brasil, no estado de São Paulo e no município de Franca é essencial em um contexto de globalização, pois permite diagnosticar padrões de repetição e identificar possíveis falhas na prevenção, sejam elas de âmbito nacional, regional ou municipal.

Além disso, é fundamental investigar quem está buscando os serviços de saúde para iniciar e utilizar a PrEP, bem como analisar e descrever os impactos dessa estratégia na saúde pública. Com esses dados, tanto o município quanto o país podem utilizar os resultados da pesquisa para compreender melhor a realidade da população e, assim, implementar intervenções mais eficazes voltadas à saúde das pessoas que vivem com HIV ou que estão em situação de vulnerabilidade à infecção.

Por fim, este estudo está alinhado com os princípios da Agenda 2030, criada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que ressalta a importância da pesquisa em saúde pública, da prevenção e do combate ao HIV/Aids, visando erradicar a epidemia e reduzir seu impacto como um problema global de saúde (ORGANIZATION, WORLD HEALTH, 2022).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

- Analisar o perfil epidemiológico dos usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no município de Franca-SP.

5.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil social, econômico e demográfico das pessoas que utilizam a Profilaxia Pré-Exposição;
- Analisar os antecedentes epidemiológicos das pessoas que utilizam e utilizaram a Profilaxia Pré-Exposição em Franca-SP de 2018 até a atualidade;
- Examinar as atualizações nas políticas e ações de saúde pública relacionadas às pessoas que utilizam a PrEP;
- Avaliar a qualidade dos serviços de saúde ofertados às pessoas que utilizam a PrEP no município de Franca-SP.

6. METODOLOGIA

6.1 Definição do tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo - coorte e quantitativo, abrangendo o período de 2018 a 2024, com foco na análise epidemiológica das pessoas que utilizam a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no município de Franca-SP. Serão utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema Integrado de Gestão de Saúde (SIGS) e do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

A pesquisa caracteriza-se como básica ou fundamental, pois busca adquirir novos conhecimentos e informações com potencial relevância científica. Sua natureza é quantitativa e observacional, uma vez que consiste na análise de dados de usuários da PrEP no Brasil, especificamente no estado de São Paulo, com ênfase nos dados epidemiológicos do município de Franca-SP (FONTELLES, Mauro José, 2009).

6.2 Cenário do estudo

O presente estudo será realizado no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids do município de Franca. Localizado no interior do Estado de São Paulo, a 400 km da capital, com uma população estimada em aproximadamente 347 mil habitantes.

No que tange às ações do programa de controle ao HIV/Aids, o município organiza-se respeitando os princípios de hierarquização e regionalização propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) podem realizar a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade, oferecer os serviços de aconselhamento e, quando necessário, encaminhar ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Os casos em que há interesse ou necessidade de iniciar a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), bem como aqueles com diagnóstico confirmado de HIV, Aids ou outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), são direcionados ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids, garantindo o acompanhamento adequado.

6.3 Coleta de dados e instrumento estruturado

Esse estudo baseia-se exclusivamente em dados epidemiológicos secundários sobre pessoas que utilizam ou utilizaram a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil, no estado de São Paulo e no município de Franca-SP.

Os dados relacionados aos usuários de PrEP no Brasil, no estado de São Paulo e em Franca-SP serão obtidos por meio do site do Ministério da Saúde, especificamente no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Este repositório disponibiliza os seguintes dados:

- Perfil dos usuários de PrEP: escolaridade (em anos), raça/cor, sexualidade, gênero e faixa etária;
- Número de usuários iniciando PrEP, com comparações entre os anos;
- Taxas de descontinuidade do uso de PrEP;
- Quantidade de usuários de PrEP por ano;
- Indicadores específicos: proporção de dispensações por tipo de serviço e por profissional prescritor.

Além disso, será considerada a utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema Integrado de Gestão de Saúde (SIGS), caso seja pertinente integrar dados relacionados às notificações de HIV/AIDS na discussão do presente estudo ou outra variável importante do perfil das pessoas que utilizam Profilaxia Pré-Exposição em Franca.

Os Sistemas de informação que serão utilizados nesta pesquisa serão descritos abaixo:

- **Ministério da Saúde – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis:** Responsável pela coleta, organização e disponibilização de dados nacionais relacionados à saúde, incluindo informações sobre o uso da PrEP e indicadores epidemiológicos relevantes.
- **Sistema Integrado de Gestão de Saúde (SIGS):** Rede que consolida dados dos pacientes atendidos pelo SUS no município de Franca-SP, alimentada pelos profissionais de saúde.
- **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN):** Ferramenta dinâmica utilizada para a notificação compulsória de doenças, permitindo a qualificação das intervenções epidemiológicas, o planejamento de prioridades e a análise dos impactos gerados.

Análise de dados

Os dados coletados serão analisados utilizando o programa Statistics 12.0. Serão aplicadas técnicas de estatística descritiva, incluindo:

- **Variáveis categóricas:** análise por meio de medidas de frequência absoluta e frequência relativa.
- **Variáveis numéricas:** cálculo de medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão).

Aspectos éticos

Em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca, após a obtenção da anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

Destaca-se que, por se tratar de um estudo baseado em dados secundários, relacionados ao perfil epidemiológico dos usuários da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), será solicitada a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto na legislação ética vigente.

Resultados: Epidemiologia dos Usuários de PrEP

Os resultados dos dados quantitativos do perfil epidemiológico dos usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) está organizada em três níveis: nacional (Brasil), estadual (São Paulo) e municipal (Franca). O estudo abrange o período de 2018 a 2024, com a apresentação de estatísticas em representações gráficas. Os dados estão segmentados de acordo com variáveis sociodemográficas, incluindo faixa etária, raça/cor, pertencimento a populações-chave e nível de escolaridade em anos de estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

7. DISCUSSÃO

7.1 Fundamentação Teórica

Este projeto está fundamentado por um estudo quantitativo transversal feito no Município de São Paulo, o qual seus objetivos eram traçar o perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico das pessoas que utilizam a PrEP. Dessa maneira, descobriram que a maior frequência era entre pessoas brancas e maior escolaridade, além das maiores incidências serem HSH e mulheres trans (RITTER, 2023). O componente qualitativo fora baseado na potencial desigualdade social impactar o acesso à saúde, ainda sendo saúde pública e para todos, e da prevenção combinada, juntamente com a Profilaxia Pré-Exposição e a necessidade de maior investimento e capacitação da infraestrutura (PIMENTA, BERMÚDEZ, *et al.*, 2022).

Fora observado um estudo misto, englobando temas relacionado as duas situações anteriores, a correlacionando e analisando que ambos estão intrínsecos, o estudo quantitativo, como resultados, sendo a consequência do estudo qualitativo, o qual seria o entendimento das vulnerabilidades do serviço e da população. Em suma, a população branca e com escolaridade serem o que mais utilizam a Profilaxia Pré-Exposição, pois a população vulnerável social e demográfica não tem o poder de acessar o serviço com maestria (SILVA, 2023).

7.2 No Brasil

No Brasil, o perfil epidemiológico dos usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) manteve-se relativamente estável ao longo dos últimos sete anos. É predominante os usuários pertencerem aos grupos de pessoas com 12 anos ou mais de

escolaridade, autodeclaradas brancas ou amarelas, gays ou homens que fazem sexo com homens (HSH) cisgêneros, a maior parte na faixa etária de 30 a 39 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Além disso, observou-se um expressivo crescimento no número de usuários da PrEP no país, passando de 6.715 no primeiro ano de distribuição, em 2018, para 110.733 em 2024, representando um aumento de aproximadamente 1.549%. Esse crescimento demonstra um avanço significativo na adesão e disponibilização da profilaxia ao longo do tempo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

7.3 No estado de São Paulo

O estado de São Paulo apresenta um perfil epidemiológico semelhante ao nacional, refletindo a mesma predominância de usuários descrita anteriormente. Destaca-se que, em 2024, quase 40% (38,86%) dos usuários de PrEP estavam concentrados nessa região, evidenciando a importância do estado como um marcador epidemiológico relevante para o cenário nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

A evolução no número de usuários da PrEP em São Paulo também acompanhou a tendência nacional, passando de 2.866 em 2018 para 43.036 em 2024, representando um crescimento de aproximadamente 1.401%. Esse dado reforça a ampliação significativa da adesão à profilaxia ao longo dos anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

7.4 Em Franca-SP

O município de Franca-SP apresenta particularidades epidemiológicas que o diferenciam do estado e do país. No que se refere à cor/raça, identidade de gênero e faixa etária, a tendência observada segue o padrão nacional e estadual, com a maior parte dos usuários sendo brancos ou amarelos, gays ou HSH cisgêneros e pertencentes à faixa etária de 30 a 39 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

No entanto, um aspecto distintivo do município refere-se à escolaridade dos usuários. De 2018 a 2020, no qual predominava os indivíduos que utilizavam a PrEP possuía 12 anos ou mais de escolaridade. A partir de 2021, contudo, essa tendência se inverteu, com a maior parte de usuários serem que não completaram o ensino médio (8 a 11 anos de escolaridade) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025). Esses dados

sugerem uma particularidade da população francana em comparação ao estado e ao país, indicando a necessidade de uma abordagem direcionada para atender às demandas locais de saúde pública.

Por fim, destaca-se o aumento no número de usuários da PrEP no município, que passou de apenas 1 usuário em 2018 para 229 em 2024, representando um crescimento de 22.800% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025). Apesar desse avanço expressivo, Franca possui aproximadamente 400.000 habitantes, e é provável que o número de indivíduos em situação de vulnerabilidade ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) seja significativamente maior. Assim, evidencia-se que a distribuição da PrEP ainda não ocorre de forma equitativa, reforçando a necessidade de estratégias que ampliem o acesso à profilaxia e promovam a prevenção de qualidade para toda a população em risco.

8. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

As considerações parciais do estudo demonstram um crescimento notável no número de usuários de PrEP, tanto no Brasil quanto no estado de São Paulo e no município de Franca. A predominância de pessoas brancas, gays ou HSH cisgêneros, com escolaridade de 12 anos ou mais e na faixa etária de 30 a 39 anos, reflete padrões observados nacionalmente, embora o perfil educacional de Franca tenha apresentado mudanças a partir de 2021. A transição para um público com menor escolaridade sugere que podem existir barreiras relacionadas ao acesso à informação e compreensão da profilaxia, o que requer ações mais direcionadas sobre a temática, principalmente em instituições acadêmicas, como faculdade, um local que predomina pessoas entre 20-29 anos sexualmente ativas, destacada como população prioridade à prevenção.

Apesar do aumento expressivo no número de usuários, o município ainda enfrenta desafios para garantir uma distribuição equitativa da PrEP, especialmente entre as populações vulneráveis. A desigualdade no acesso à saúde, o estigma relacionado ao HIV e a falta de infraestrutura adequada podem ser fatores que dificultam a adesão em áreas mais carentes. Considerando esses aspectos, é fundamental que as políticas públicas de saúde se ajustem para alcançar essas populações de forma eficaz.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, H. M. D. C.; ALL., E. Quatro décadas a epidemia de HIV/AIDS: conquistas e desafios. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2023.
- BAETEN, J. M. E. A. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. The New England Journal of Medicine, v. v. 367, p. p. 399-410, 2012. ISSN 5.
- FONTELLES, M. J.; AL., E. Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa, 2009.
- GLOBAL ADVOCACY FOR HIV PREVENTION. Ongoing and Planned PrEP Demonstration and Implementation Studies, 2022.
- GRANT, R. M. E. A. Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. The New England Journal Of Medicine, v. v.363, p. p. 399-410, 2012. ISSN n.27.
- ITO, R. K. D. L.; AL., E. Perfil epidemiológico dos usuários de profilaxia pré-exposição para o HIV em unidade da rede especializada em atendimento de DST/AIDS no município de São Paulo, 2018.
- LUCAS, M. C. V.; BOSCHEMEIER, A. G. E.; SOUZA, E. C. F. D. Sobre o presente e futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão, 2023.
- MAYER, K. H. et al. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis implementation in the United States: a work in progress, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção Combinada do HIV, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Monitoramento de Profilaxias do HIV PrEP e PEP/2021. [S.I.]. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2024, 2024.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV, 2024.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2024.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel de Monitoramento da Profilaxia-Pré Exposição (PrEP), 2025.

OLIVEIRA, J. S. D. et al. O impacto dos determinantes sociais da saúde sobre a dinâmica das infecções por HIV no Brasil, out. 2024.

ORGANIZATION, WORLD HEALTH. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections for the period 2022-2034, 2022.

PIMENTA, M. C. et al. Barreiras e Facilitadores do Acesso de Populações Vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders. Cad. Saúde Pública, v. 1, n. 38, 2022.

RITTER, P. G. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP): Desafios e Perspectivas, São Paulo, 2023.

SILVA, D. A. R. D. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV e a Saúde Sexual: Estudo de Métodos Mistos, Porto Alegre, 2023.

UNAIDS. Ficha Informativa 2024, 2024.

VELOSO, V. G.; AL., E. Safety, early continuation and adherence of some day PrEP initiation among MSM and TGW in Brazil, Mexico and Peru The ImPrEP Study, 2019.

WERLE, J. E. et al. HIV/AIDS e os determinantes sociais da saúde: estudo de série temporal, 2022.

DESIGUALDADES REGIONAIS DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NAS RRAS 1, 6 E 13 DO ESTADO DE SÃO PAULO (2014–2024)

Davy Henrique de Sousa Pelliciari
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
dhspd3@gmail.com

João Guilherme de Godoy Costa e Nascimento
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
guigodoycostanascimento@gmail.com

Maria Victória Coelho Dias Andrade
Graduando em Medicina – Uni-FACEF

João Lucas Montanari⁴ Orientadora:
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
joaolucasmontanari@gmail.com

Ms Márcia Cristina Taveira Pucci Green
Docente - Uni-FACEF
puccigreen@icloud.com

1. INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) permanece sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, configurando-se como um sério problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2024), as complicações hemorrágicas que surgem durante ou depois do parto foram responsáveis por cerca de 287 mil mortes maternas em 2020. A HPP é caracterizada por uma perda de sangue que ultrapassa 500 mL após um parto vaginal ou 1000 mL após uma cesariana, durante as primeiras 24 horas, e pode evoluir rapidamente para desfechos graves, como falência renal ou necessidade de histerectomia (WORMER; JAMIL; BRYANT, 2024).

Devido à sua alta taxa de mortalidade, busca-se constantemente melhorar estratégias de prevenção e tratamento, e entre essas abordagens, destaca-se a utilização profilática de uterotônicos, como a ocitocina, que é considerada pela Organização Mundial da Saúde a principal medida para o manejo ativo do terceiro estágio do parto. Pesquisas indicam que a administração preventiva de ocitocina diminui de forma significativa o risco de HPP, especialmente em mulheres que possuem fatores de risco identificáveis (BEGLEY *et al.*, 2019). Nos casos mais

severos, métodos cirúrgicos, como a sutura de B-Lynch e a sutura de Cho, mostraram-se eficazes na contenção da hemorragia, possibilitando a preservação do útero mesmo em casos de atonia ou acretismo placentário (ALVES *et al.*, 2020).

Entretanto, a implementação dessas práticas depende de uma infraestrutura apropriada, da disponibilidade de insumos e da existência de uma equipe multiprofissional treinada para agir durante o que se denomina “hora de ouro”, um período crítico de até 60 minutos após o diagnóstico de HPP, que é vital para aumentar as probabilidades de sobrevivência materna e prevenir complicações mais sérias (BARROS *et al.*, 2022; SÃO PAULO, 2018). Nesse contexto, o tratamento eficaz da HPP exige intervenções rápidas, começando por opções menos invasivas, como a reposição de fluidos e a utilização de uterotônicos, reservando procedimentos como a histerectomia apenas para situações em que alternativas falham (BARROS *et al.*, 2022; SÃO PAULO, 2018).

No entanto, no Brasil, os resultados dessas estratégias variam consideravelmente de acordo com as condições estruturais e organizacionais de cada região. Disparidades regionais, relacionadas à disponibilidade de recursos humanos, acesso a serviços obstétricos especializados e organização da rede de atenção, influenciam diretamente nos desfechos maternos. Para responder de forma mais coordenada e equitativa às necessidades de saúde da população, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou, desde sua consolidação, o princípio da regionalização da assistência (BRASIL, 1988). Essa diretriz busca garantir que os diferentes níveis de atenção — primário, secundário e terciário — estejam organizados de modo articulado dentro de territórios definidos, promovendo a integralidade do cuidado. Dentro dessa lógica, surgem as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), criadas como unidades de planejamento e gestão que favorecem a eficiência na alocação de recursos, a continuidade do cuidado e o enfrentamento das desigualdades em saúde (SÃO PAULO, 2011).

No estado de São Paulo, a regionalização se concretiza por meio de 18 RRAS, distribuídas de acordo com critérios como densidade populacional, infraestrutura disponível, fluxos assistenciais e distância entre os níveis de referência. Cada rede integra os serviços disponíveis em sua área e promove a pactuação entre municípios para organizar o acesso aos atendimentos, segundo a capacidade instalada de cada região. Essa lógica é essencial para garantir que

condições agudas, como a hemorragia pós-parto, possam ser reconhecidas e tratadas oportunamente, independentemente da localidade em que ocorrem (SÃO PAULO, 2024).

Como forma de fortalecer a resposta institucional frente a esse agravo, foi lançada em 2018 a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (0MMxH), desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). A iniciativa propõe uma abordagem integrada, com foco na capacitação das equipes de saúde, implementação de tecnologias apropriadas para o manejo da hemorragia obstétrica, estruturação de fluxos regionais e monitoramento sistemático dos indicadores de mortalidade.

A seleção das Regiões de Redes de Atenção à Saúde (RRAS) 1,6 e 13 para análise comparativa baseia-se em critérios epidemiológicos e territoriais que permitem compreender como diferentes realidades organizacionais e geográficas influenciam o manejo da hemorragia pós-parto (HPP). As RRAS 1 e 6 correspondem a municípios da região do Grande ABC paulista e o município de São Paulo respectivamente, destacam-se por concentrarem a maior densidade populacional do estado, além de abrigar uma ampla rede de serviços de alta complexidade (São Paulo, 2012).

Por outro lado, a RRAS 13, que integra municípios dos Departamentos Regionais de Saúde de Franca, Ribeirão Preto, Barretos e Araraquara, foi selecionada por representar uma região do interior, com características assistenciais e estruturais distintas das oferecidas pelo município de São Paulo (SÃO PAULO, 2019). A comparação entre essas três RRAS possibilita compreender o manejo, organização e a disponibilidade de serviços em diferentes regiões no mesmo estado e como essa dinâmica interfere no cuidado obstétrico emergencial, especialmente diante de agravos de alta morbimortalidade como a HPP.

Diante desse contexto, compreender como as RRAS respondem a eventos graves como a HPP e comparar redes com perfis distintos é fundamental para identificar possíveis desigualdades regionais, aprimorar fluxos assistenciais e fortalecer a regionalização como estratégia efetiva de cuidado. Essa análise permite reconhecer padrões, desafios e oportunidades para qualificar a resposta do sistema

de saúde frente às emergências obstétricas, especialmente dentro da lógica da atenção em rede.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e de caráter descritivo, com foco na comparação dos perfis de internações e óbitos por hemorragia pós-parto (HPP) em três macrorregiões do estado de São Paulo, através das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), sendo a 6, 13 e 1. Foram utilizados dados públicos e disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), acessados por meio da plataforma DATASUS. Os registros incluídos correspondem a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), utilizando códigos específicos para a HPP.

Os critérios de inclusão considerados foram as internações registradas entre julho de 2014 e julho de 2024, envolvendo pacientes do sexo feminino, com idades entre 10 e 59 anos, pertencentes a diferentes grupos étnicos. Foram observadas variáveis como o número total de internações por ano, raça/cor das pacientes, distribuição por faixas etárias, tipo de atendimento (urgência ou eletivo), tempo médio de permanência hospitalar e taxa de mortalidade. Quanto aos óbitos, foram analisadas as frequências por ano, além da faixa etária e da cor/raça das mulheres de cada uma das RRAS. Foram excluídas do levantamento todas as internações não associadas diretamente à HPP segundo a CID-10 ou provenientes de outras unidades da federação.

Para facilitar a análise e a visualização dos dados, as informações foram organizadas em tabelas comparativas. A etapa de tratamento dos dados foi realizada no Microsoft Excel 2021, para cálculos percentuais, variáveis e médias. A construção textual foi feita utilizando o Microsoft Word 2021.

A fundamentação teórica foi construída através de acesso a pesquisas dentro das bases LILACS e PubMed, além da consulta a literatura cinzenta, ou seja, materiais que não se encontram em bases tradicionais de publicação.

3. RESULTADO

Durante o período de julho de 2014 a julho de 2024, o estado de São Paulo registrou 5.162 internações por hemorragia pós-parto. Observou-se um aumento progressivo entre 2015 e 2020, com picos em 2018 e 2020, que concentraram os maiores percentuais de internações do período. A partir de 2021, os números passaram a apresentar queda gradual, com os menores valores observados em 2023 e 2024.

É importante destacar que os anos de 2014 e 2024 não representam a totalidade de seus respectivos períodos, levando em consideração que os dados disponíveis referem-se apenas aos meses até julho. Por essa razão, embora apresentem os menores números absolutos, não são considerados como os de menor incidência. Assim, os anos de 2015 e 2016, com percentuais de 8,72% e 8,32%, respectivamente, devem ser tomados como referência de menor ocorrência, com base em registros anuais completos (Tabela 1).

Tabela 1- Número e porcentagem de internações por hemorragia pós-parto por ano de atendimento no Estado de São Paulo, DataSUS SISVAN

Ano atendimento	Internações HPP	Porcentagem
2014	204	3.95%
2015	450	8.72%
2016	432	8.32%
2017	529	10.25%
2018	552	10.69%
2019	533	10.33%
2020	550	10.65%
2021	545	10.56%
2022	528	10.23%
2023	488	9.45%
2024	351	6.8%
Total	5162	100%

Fonte: DATASUS, 2024.

A análise das internações, entre julho de 2014 e julho de 2024, permite observar diferenças significativas entre as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). A RRAS 6 apresentou o maior número de internações no período, com um total de 1.395 casos, o que corresponde a aproximadamente 27% do total estadual. Em comparação, a RRAS 13 contabilizou 301 internações, enquanto a RRAS 1 somou 245 casos. Já a RRAS 3 registrou o menor volume, com apenas 24 internações ao longo dos dez anos analisados (Tabela 2).

Tabela 2- Números de internações por hemorragia pós-parto por Macrorregião de Saúde durante o período de julho de 2014 a julho de 2024

Redes Regionais de Atenção à Saúde	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	204	450	432	529	552	533
RRAS6	63	117	136	154	148	119
RRAS13	8	21	19	44	27	49
RRAS1	9	26	28	33	19	29

Redes Regionais de Atenção à Saúde	2020	2021	2022	2023	2024	Total
TOTAL	550	545	528	488	351	5.162
RRAS6	153	161	131	123	90	1.395
RRAS13	24	23	47	20	19	301
RRAS1	25	24	22	14	16	245

Fonte: DATASUS, 2024.

No período analisado, a maior parte das internações ocorreram entre mulheres de 20 a 29 anos, faixa que representa quase metade do total registrado no estado de São Paulo. Esse padrão também se repete nas três RRAS observadas, com destaque para a RRAS 6, que concentrou boa parte desses casos. A RRAS 6 respondeu por mais de 28% das internações entre mulheres de 40 a 49 anos, enquanto a RRAS 13 teve participação menor, em torno de 7,5%. Entre os poucos casos registrados na faixa de 50 a 59 anos, dois terços aconteceram nas RRAS 6 e 1, justamente as regiões que, no total geral, ocupam posições bem diferentes em volume de casos (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição do número de internações por hemorragia pós-parto por faixa etária

Faixa Etária	Internações	RRAS6	RRAS1	RRAS13	
10 a 14 anos	28	2	5	2	32.1
15 a 19 anos	611	153	37	34	36.6
20 a 29 anos	2.375	662	108	144	38.4
30 a 39 anos	1.866	497	81	100	36.3
40 a 49 anos	279	80	13	21	40.8
50 a 59 anos	3	1	1	-	66.6
Total	5.162	1395	245	301	37.6

Fonte: DATASUS, 2024

A maioria das internações ocorreram em caráter de urgência, representando 96,38% do total. A RRAS 6 respondeu por 26,5% dessas internações, enquanto a RRAS 1 e a RRAS 13 contribuíram com 4,78% e 5,93%, respectivamente. As

internações eletivas foram bem menos frequentes, totalizando 3,62% dos casos, com destaque novamente para a RRAS 6, que concentrou 40,64% desses atendimentos. Já as RRAS 1 e 13 registraram, nesse grupo, 3,74% e 3,21% das internações (Tabela 4).

No recorte por cor/raça, a maioria das internações envolveu mulheres brancas, com 46,37% dos registros. A RRAS 6 respondeu por 21,8% desse total, enquanto as RRAS 1 e 13 apresentaram 4,34% e 8,06%, respectivamente. As mulheres pardas foram o segundo maior grupo, com 36,3% das internações. Nessa categoria, a RRAS 6 concentrou 28,98%, a RRAS 1, 5,66% e a RRAS 13, 2,99%. Já entre mulheres pretas, foram registrados 329 casos no total. Desse grupo, 3,65% ocorreram na RRAS 6, 3,34% na RRAS 1 e 5,78% na RRAS 13. Os números relativamente baixos podem estar relacionados tanto à subnotificação quanto a diferenças no acesso aos serviços obstétricos nas regiões avaliadas (Tabela 5).

Tabela 4- Caráter de atendimento durante o período de julho de 2014 a junho de 2024 por hemorragia pós-parto

Caráter atendimento	Internações	RRAS6	RRAS1	RRAS13
TOTAL	5.162	1395	245	301
Urgência	4.975	1319	238	295
Eletivo	187	76	7	6

Fonte: DATASUS, 2024.

Tabela 5- Distribuição por cor/raça dos casos de internações por hemorragia pós-parto

Cor/raça	Internações	RRAS6	RRAS1	RRAS13
TOTAL	5.162	1.395	245	301
Branca	2.394	522	104	193
Parda	1.874	543	106	56
Sem informação	498	184	19	7
Preta	329	134	11	19
Amarela	66	12	5	26
Indígena	1	-	-	-

Fonte: DATASUS, 2024.

A média de permanência hospitalar por internação foi de 3 dias em todo o estado. Entre as RRAS avaliadas, a RRAS 6 apresentou o maior tempo médio, com 3,2 dias, seguida pela RRAS 1, com 2,9 dias. A RRAS 13 teve a menor média de permanência, com 2,4 dias. Essas variações podem estar relacionadas a diferenças

no perfil dos atendimentos, na gravidade dos casos ou na estrutura dos serviços disponíveis em cada região.

Em relação à taxa de mortalidade, o estado apresentou um valor médio de 1,36%. A RRAS 13 apresentou a maior taxa entre as três analisadas, com 1,66%, acima da média estadual. A RRAS 6 ficou abaixo do índice geral, com 1,0%, e a RRAS 1 não registrou óbitos no período considerado (Tabela 6).

Tabela 6 - Valores de média de permanência, taxa de mortalidade e óbitos do Estado de São Paulo por hemorragia pós-parto

Ano atendimento	Média permanência	Taxa mortalidade
TOTAL	3	1,36
RRAS 6	3,2	1
RRAS 1	2,9	-
RRAS 13	2,4	1,66

Fonte: DATASUS, 2024.

Entre julho de 2014 e julho de 2024, foram registrados 70 óbitos por hemorragia pós-parto no estado. A RRAS 6 concentrou 14 desses casos, enquanto a RRAS 13 contabilizou 5 mortes. A RRAS 1, por sua vez, não apresentou registros de óbito no período analisado. A maior concentração de óbitos ocorreu entre os anos de 2017 e 2020, com destaque para 2017, 2018 e 2019, todos com números iguais ou superiores a dez mortes. A RRAS 13 teve registros pontuais em 2017, 2018 e 2021, e a RRAS 6 apresentou distribuição mais contínua ao longo dos anos.

Em relação à faixa etária, a maior parte dos óbitos aconteceu entre mulheres de 30 a 39 anos, que somaram 37 ocorrências no estado. Dessas, 10 foram na RRAS 6 e 2 na RRAS 13. A segunda faixa com maior número foi a de 40 a 49 anos, com 16 mortes, sendo 4 registradas na RRAS 6 e 1 na RRAS 13. Também foram identificados óbitos entre mulheres de 20 a 29 anos (14 casos) e de 15 a 19 anos (3 casos), embora em menor proporção. Esses dados reforçam a vulnerabilidade materna a partir dos 30 anos, etapa em que os riscos obstétricos tendem a se intensificar.

Quanto à distribuição por cor/raça, 30 dos 70 óbitos ocorreram entre mulheres brancas. A RRAS 6 teve 1 desses casos e a RRAS 13, 4. Entre as mulheres pardas, foram registrados 25 óbitos, com 9 deles concentrados na RRAS 6. A população preta acumulou 10 mortes, sendo 3 também na RRAS 6. Houve ainda 3 casos sem

informação de raça/cor e 2 óbitos entre mulheres amarelas, um dos quais foi registrado na RRAS 13. Esses números evidenciam disparidades raciais na mortalidade materna, com maior impacto entre mulheres pretas e pardas, que, juntas, representaram cerca de metade das mortes registradas por hemorragia pós-parto no estado (Tabelas 7, 8 e 9).

Tabela 7- Análise dos óbitos por hemorragia pós-parto distribuídos por ano de atendimento, faixa etária e cor/raça dos pacientes

Ano atendimento	Óbitos	RRAS6	RRAS1	RRAS13
TOTAL	70	14	-	5
2014	1	-	-	-
2015	4	1	-	-
2016	8	2	-	-
2017	11	1	-	3
2018	10	-	-	1
2019	10	4	-	-
2020	3	-	-	-
2021	6	2	-	1
2022	6	2	-	-
2023	5	-	-	-
2024	6	2	-	-

Fonte: DATASUS, 2024.

Tabela 8- Análise dos óbitos por hemorragia pós-parto sendo distribuída por faixa etária e cor/raça dos pacientes

Faixa Etária	Óbitos	RRAS6	RRAS1	RRAS13
TOTAL	70	14	-	5
15 a 19 anos	3	-	-	-
20 a 29 anos	14	-	-	2
30 a 39 anos	37	10	-	2
40 a 49 anos	16	4	-	1

Fonte: DATASUS, 2024

Tabela 9- Análise dos óbitos por hemorragia pós-parto distribuída por cor/raça dos pacientes

Cor/raça	Óbitos	RRAS6	RRAS1	RRAS13
TOTAL	70	14	-	5
Branca	30	1	-	4
Parda	25	9	-	-
Preta	10	3	-	-

Sem informação	3	1	-	-
Amarela	2	-	-	1

Fonte: DATASUS, 2024.

4. DISCUSSÃO

A variação do número de internações por hemorragia pós-parto entre as RRAS 6, 13 e 1 retrata não somente diferenças populacionais, mas principalmente possíveis desigualdades na configuração e infraestrutura da rede de atenção obstétrica regional. A diferença entre a maior concentração de casos na RRAS 6 pode estar associada a uma maior demografia e à existência de centros de referência obstétrica, enquanto o menor número registrado na RRAS 1 não necessariamente representa menor incidência real, podendo indicar sub-registro ou limitação de acesso. Ao analisar dados dessa completude, é importante ressaltar que a capacidade instalada e a distribuição geográfica dos serviços de média e alta complexidade têm influência direta sobre diversos indicadores de saúde, como os que se relacionam com a questão materno-infantil (BRASIL, 2022). Assim, uma limitação dessa análise se dá pela falta de dados e estudos avaliando a qualidade de oferta à população da região, sendo um ponto que deve ser explorado em futuras pesquisas nessas regiões.

Em relação à distribuição das internações por faixa etária, observa-se uma prevalência expressiva entre mulheres de 20 a 29 anos, grupo que corresponde também à maior proporção de nascimentos no Brasil. Entretanto, a taxa de mortalidade materna tende a se acentuar a partir dos 30 anos, conforme apontado nos resultados das 3 RRAS. Essa transição está associada à maior frequência de comorbidades clínicas, histórico obstétrico mais complexo e à presença de fatores como cesáreas anteriores ou placenta prévia (SILVA *et al.*, 2024). Desse modo, como outras variáveis, a faixa etária deve ser considerada um fator de risco, principalmente quando analisada em regiões subdesenvolvidas com disponibilidade precária de acompanhamento pré-natal.

Os resultados obtidos evidenciam a questão racial como uma variável importante nas desigualdades em saúde materna. Mulheres negras (pretas e pardas), embora não representem a maioria absoluta das internações, corresponde ao dobro das mortes entre mulheres brancas. Analisando a literatura existente, a

morte de mães negras corresponde duas vezes mais que de brancas, promovendo desfechos da gestão e causas de morbidade materna como síndromes hipertensivas e pré-eclâmpsia grave (LEAL *et al.*, 2023).

Outra variável estudada foi o tempo médio de permanência hospitalar, no qual a RRAS 6 apresentou maior média e a RRAS 13 apresentou um tempo inferior à média estadual. Embora isso possa indicar a presença de mais leitos no caso da RRAS 6 ou alta resolutividade na RRAS13, também levanta hipóteses sobre limitações na capacidade de acompanhamento prolongado ou encaminhamento precoce por falta de suporte clínico. Áreas com menor permanência hospitalar em contextos de emergência obstétrica deve ser avaliada com cautela considerando a possibilidade de subnotificações em cenários de alta rotatividade de leitos (SILVA *et al.*, 2024).

Nesse contexto, o acesso aos recursos de infraestrutura para demandas terapêuticas adequadas exerce uma grande influência. Estudos evidenciam que uso precoce de medidas como ácido tranexâmico, balão intrauterino, tamponamento uterino e suturas hemostáticas pode evitar a progressão para histerectomia, reduz a quantidade de óbitos e complicações tardias, corroborando a necessidade de um ambiente hospitalar adequado (ALVES *et al.*, 2020). A diferença na disponibilidade e aplicação desses recursos entre as regiões avaliadas pode estar relacionada à taxa de mortalidade observada, especialmente quando se considera a maior letalidade na RRAS 13, mesmo com menor número de internações.

Um ponto importante encontrado na disponibilização dos dados foi a ausência de óbitos registrados na RRAS 1 durante o período estudado. Embora possa sugerir que não houve nenhuma morte podendo ser considerado um sucesso no manejo ou baixo volume populacional, possibilidade de inconsistências do sistema de notificação ou até uma possível subnotificação. Estudos de vigilância epidemiológica já demonstraram que a subnotificação de óbitos maternos ainda é um desafio no Brasil, particularmente em municípios com baixa cobertura de atenção especializada (INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE, 2023).

Portanto, os resultados deste artigo não só descrevem o perfil epidemiológico das mulheres acometidas pela hemorragia pós-parto, mas também ressalta as possíveis disparidades locais e na oferta do sistema de saúde. É fundamental que haja investimentos de forma a suprir as especificidades de cada RRAS, o que exige,

antes de tudo, sua identificação, o que é notório na literatura uma escassez destes dados. Vale ressaltar que ações que vão desde a qualificação dos profissionais até contrarreferência são de suma importância para a integração dos níveis de atenção a saúde. Dessa maneira, será possível garantir uma resposta oportuna às emergências obstétricas e o avanço na implementação efetiva da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

5. CONCLUSÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) persiste como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil, expondo tanto deficiências estruturais do sistema de saúde quanto desigualdades no acesso e na qualidade da atenção obstétrica. A análise comparativa entre as Regiões de Saúde (RRAS) 1, 6 e 13 do estado de São Paulo revelou disparidades regionais significativas que impactam diretamente os desfechos clínicos e os indicadores de saúde materna. Embora a RRAS 6 apresente o maior número de internações, possivelmente reflexo de sua maior densidade populacional e infraestrutura de saúde, a RRAS 13, caracterizada por uma estrutura mais limitada, exibiu a maior taxa de mortalidade. Este achado sinaliza fragilidades críticas no manejo de emergências obstétricas e na capacidade de resposta às complicações da HPP nesta região.

Os resultados reforçam a importância da regionalização e da articulação entre os níveis de atenção como elementos-chave para um cuidado integral e resolutivo. Adicionalmente, o estudo demonstra que fatores como faixa etária, cor/raça, caráter do atendimento, caráter de urgência ou emergência, e o tempo de permanência hospitalar influenciam a gravidade e os desfechos dos casos, indicando vulnerabilidades específicas que exigem intervenções direcionadas.

Portanto, conclui-se que, além da disponibilidade de tecnologias e protocolos clínicos, é essencial investir na qualificação contínua das equipes de saúde, ampliar o acesso ao pré-natal de qualidade e promover a equidade no cuidado obstétrico em todas as regiões. A consolidação de estratégias como a "Hora de Ouro" e a implementação efetiva da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia são passos fundamentais. No entanto, sua plena eficácia depende da implementação de

políticas públicas que abordem as desigualdades socioeconômicas e fortaleçam a organização regional da assistência à saúde materna.

Este estudo contribui, portanto, para o reconhecimento das disparidades intraestadual e para a formulação de intervenções que priorizem territórios mais vulneráveis, promovendo uma resposta mais justa e eficaz frente à HPP. No entanto, vale destacar como limitação a utilização exclusiva de dados disponibilizados pelo sistema de informação TabNet do SUS, o que resultou em categorias predefinidas e na ausência de uma categorização completa e aberta, limitando a profundidade da análise.

Como perspectivas futuras, destaca-se a importância de detalhar o escopo das investigações, incorporando abordagens específicas de cada RRAS, explorando diferentes realidades territoriais. Somente por meio desse olhar detalhista e regional será possível reduzir a HPP e seus impactos sobre a saúde materna.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. L.; NAGAHAMA, G.; NOZAKI, A. M. Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto. *Femina*, v. 48, n. 10, p. 615–622, 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Deliberação CIB nº 30, de 8 de março de 2024. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 8 mar. 2024. Disponível em: <https://www.doe.sp.gov.br/executivo/secretaria-de-saude/deliberacao-cib-n-30-de-8-de-marco-de-2024-2024030811347203173869>. Acesso em: 16 set. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo: termo de referência. São Paulo: SES, [s.d.]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo_de_referencia_redes_regionais.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

WORMER, K. C.; JAMIL, R. T.; BRYANT, S. B. Postpartum hemorrhage. In: *STATPEARLS*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500354/>. Acesso em: 16 set. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Linha de cuidado criança: manual de neonatologia. 2. ed. São Paulo: SES, 2018. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/crianca/manual_de_neonatologia_linha_cuidado.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

BARROS, V. V. *et al.* Sangramento uterino anormal e deficiência crônica de ferro. *Femina*, São Paulo, v. 50, n. 12, p. 734–741, dez. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Femina-12-2022-Web.pdf>. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34880/9788579671258-por.pdf>. Acesso em: 16 set. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: RRAS 13. São Paulo: SES, 2019. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia/plano-de-acao-regional/rras_13.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Apresentação das Redes Regionais de Atenção à Saúde. São Paulo: SES, 2012. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/rras/fatima_-_apresentacaoredesatualizado_junho_12.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

LEAL, M. C. *et al.* Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento, 2022–2023: dados preliminares da pesquisa para oficina “Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS”. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br>. Acesso em: 16 set. 2024.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento. São Paulo: IEPS, 2023. (Olhar IEPS n. 4). Disponível em: <https://ieps.org.br>. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação de sistemas de saúde do SUS: redes de atenção à saúde. Brasília: Editora MS, 2022. Livro eletrônico. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_sau_de.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

SILVA, A. P. *et al.* Fatores associados ao near miss e mortalidade materna no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Médica de São Paulo*, v. 103, n. 4, e226758, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/226758>. Acesso em: 16 set. 2024.

FAMÍLIA E A PERCEPÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tiago Santana Gonçalves
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
santanatiago2015@gmail.com

Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz
Docente - Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A dependência química configura-se como um relevante transtorno multifatorial, cujos determinantes envolvem aspectos biológicos, psicológicos e comportamentais. Caracterizada pelo uso compulsivo de substâncias psicoativas, essa condição impacta profundamente não apenas a saúde do indivíduo, mas também as relações sociais e familiares, gerando consequências que extrapolam o campo clínico e exigem atenção ampliada por parte das políticas públicas e dos serviços de saúde. A crescente prevalência do uso abusivo de substâncias no Brasil, especialmente após o período de isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19, agravou ainda mais esse cenário. Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 42% dos brasileiros relataram consumo excessivo de álcool durante a pandemia, sobretudo entre os jovens, contribuindo para o aumento da incidência de doenças agudas e crônicas relacionadas ao uso de substâncias (Queiroga et al., 2021).

Diante dessa realidade, os familiares de pessoas com dependência química também experimentam significativos prejuízos em sua saúde mental. Estudos apontam elevados índices de sintomas depressivos entre esses familiares, independentemente da substância utilizada pelo ente em questão (Maciel et al., 2014). Esse dado evidencia que o sofrimento vivenciado pela família não se restringe ao tipo de droga consumida, mas sim à própria complexidade da convivência com o transtorno e com suas múltiplas repercussões.

Considerando que a família é uma instituição social em constante transformação, é fundamental reconhecer a pluralidade de suas formas contemporâneas. Modelos como as famílias monoparentais, mosaico, homoafetivas, anaparentais e unipessoais hoje compõem o tecido social brasileiro, refletindo as mudanças culturais, jurídicas e afetivas que moldaram o conceito de família ao longo das últimas décadas (Amarante et al., 2018; Noronha e Parron, 2017). Nesse

contexto, as dinâmicas familiares assumem papel central na prevenção, no agravamento ou na recuperação de quadros de dependência química. Estruturas familiares disfuncionais, marcadas por negligência, violência ou ausência de apoio emocional, podem atuar como fatores de risco ao uso de substâncias, enquanto famílias estruturadas e com participação ativa no processo terapêutico se configuram como potentes fatores de proteção.

A literatura evidencia que, em muitos casos, a família necessita reorganizar suas rotinas e vínculos diante da dependência química de um de seus membros. Esse processo, embora doloroso, também pode fortalecer laços e promover espaços de escuta e acolhimento. Sentimentos como dor, tristeza, medo e esperança são recorrentes no discurso de familiares, e, com frequência, a religiosidade e a espiritualidade emergem como fontes de suporte emocional e enfrentamento (Miziara et al., 2022).

Em paralelo, a política de saúde mental brasileira passou por importantes transformações a partir da reforma psiquiátrica instituída no ano de 2001, que marcou a transição do modelo manicomial para uma rede de cuidados mais humanizada e territorializada. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi um marco nesse processo, incorporando dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Comunidades Terapêuticas (CT) e o Consultório na Rua, que buscam promover a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse cenário, a política de Redução de Danos (RD) também se consolida como estratégia eficaz e ética para o cuidado das pessoas em situação de uso problemático de substâncias, ampliando as possibilidades de abordagem para além da abstinência (Passos e Souza, 2011).

Diante da complexidade que envolve o fenômeno da dependência química e suas reverberações no núcleo familiar, torna-se essencial compreender as percepções, vivências e desafios enfrentados pelos familiares. A escuta qualificada dessas experiências pode subsidiar ações mais sensíveis, inclusivas e efetivas no âmbito do cuidado e das políticas públicas.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A Dependência Química: Aspectos Históricos e Atualidade

A humanidade tem uma relação histórica ininterrupta com substâncias psicoativas, graças aos compostos encontrados no mundo natural. Comum em contextos religiosos ou culturais, esses produtos eram habitualmente utilizados em rituais ou celebrações. Estima-se que as civilizações ocidentais tenham tido contato, historicamente, com diversas substâncias psicoativas, com o predomínio do uso do ópio e do álcool. O ópio se conservou exclusivamente ao domínio terapêutico. Já o álcool, embora tenha se popularizado durante rituais sagrados, se difundiu para práticas tidas como desviantes e recreativas (Abreu e Malvasi, 2011).

No entanto, o uso recreativo e o abuso tornaram-se mais comuns na era da modernidade, especialmente após a Revolução Industrial, pois a produção em massa foi seguida pelo aumento da disponibilidade de substâncias psicoativas. Durante o século XX, o uso e a introdução de drogas ilegais tornaram-se um problema em todo o mundo, com destaque para a comercialização e consumo da heroína e do *crack*. Recentemente, a dependência para opióides e novas substâncias se tornou um problema emergente (Duarte, 2005).

Atualmente, “estima-se que, no mundo todo, cerca de 35 milhões de pessoas sofrem de distúrbios relacionados ao uso de substâncias químicas e, dessas pessoas, uma a cada sete recebe tratamento” (Miziara et al., 2022, p.2). No Brasil, o perfil epidemiológico dos doentes é vasto, abrangendo as mais diversas faixas etárias, condição socioeconômica e escolaridade. Mas, de fato, o que esses indivíduos compartilham além do vício, são os inúmeros efeitos adversos em suas carreiras profissionais, vínculos com familiares e amigos, prejuízos financeiros e saúde debilitada. A seguir, discorrer-se-á sobre algumas das drogas mais consumidas na atualidade.

O consumo de substâncias psicoativas representa um grave problema de saúde pública, com múltiplas implicações sociais, familiares e econômicas. O alcoolismo, embora muitas vezes negligenciado, está associado a comportamentos violentos e destruturação familiar, especialmente em casos de consumo excessivo e episódico (“beber em *binge*”) (Diehl, Cordeiro e Laranjeira, 2011).

O tabagismo, principal causa evitável de mortes no mundo, continua alarmante, sobretudo em países emergentes, agravado pelo uso crescente de cigarros eletrônicos entre jovens (Pressman e Gigliotti, 2011).

A maconha, apesar de seus efeitos recreativos, apresenta riscos como prejuízos cognitivos e transtornos psíquicos, especialmente entre usuários crônicos, sendo o ambiente familiar um fator importante na prevenção (Zuardi e Crippa, 2011).

A cocaína e seu derivado mais potente e viciante, o *crack*, geram intensa dependência, déficits cognitivos e baixa adesão ao tratamento, exigindo políticas de redução de danos (Alves, Ribeiro e Castro, 2011).

Já os benzodiazepínicos, embora úteis em tratamentos médicos, são alvo de abuso devido ao fácil acesso e potencial de dependência. Os opioides, com destaque para o fentanil, têm causado uma crise nos EUA e requerem atenção preventiva no Brasil (Sordi, Rodriguez e Kessler, 2011).

Por fim, anfetaminas e metanfetaminas, amplamente consumidas no país, especialmente por jovens, elevam o estado de alerta e são associadas ao uso recreativo em festas, exigindo controle rigoroso frente ao aumento de sua produção e uso (Castro, 2011).

2.2 Saúde Mental no Brasil

A reforma psiquiátrica no Brasil, sancionada no ano de 2001, modificou profundamente o tratamento e o cuidado dos pacientes em sofrimento psíquico. Esse modelo de cuidado visa a substituição do paradigma manicomial, empregado por anos e, infelizmente, enraizado no manejo desses pacientes. Desse modo, o modelo substitutivo, mais humanizado e inclusivo, culminou na reinserção de grande parcela dessas pessoas na sociedade, modificando substancialmente o tratamento e visibilidade das mesmas (Hirdes, 2009).

Com o objetivo de substituição do paradigma manicomial e estruturação do novo modelo, surgiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi idealizada para suprir as demandas que surgiram com o novo modelo de atenção, visando integrar diferentes serviços, a fim de se ampliar o cuidado das pessoas com transtornos mentais, promovendo, assim, a integralidade e o

referenciamento do cuidado desempenhado a essas pessoas (Sampaio e Júnior, 2021).

As diretrizes da RAPS envolvem autonomia, equidade, combate ao estigma, atenção humanizada, assistência multiprofissional, estratégias de redução de danos e elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS). A rede é composta por diversos equipamentos, como CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultório na Rua e outros pontos de atenção, sendo que o estudo em questão foca especialmente em quatro desses serviços por sua relevância para a pesquisa.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são dispositivos essenciais no movimento antimanicomial, tendo como principal objetivo a manutenção da política da desinstitucionalização (Rocha, 2019). Esses serviços visam o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, provendo suporte ambulatorial de atenção continuada que funcionam conforme as demandas locais. Os CAPS podem constituir-se em distintas modalidades de serviços, tais como: Álcool e Drogas (CAPSad), infanto-juvenil (CAPSi), além das modalidades I, II e III que atuam com foco no atendimento de pessoas com sofrimento psíquico grave e daquelas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (Ferreira et al., 2016).

As Unidades de Acolhimento (UA), criadas em 2012, têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidado integral a pessoas que perderam o acesso às suas residências, com permanência máxima de até seis meses. Durante esse período, os serviços de assistência social devem atuar para restaurar vínculos e incentivar a adesão a um tratamento individualizado. Atendendo ambos os sexos, as UAs são divididas nas modalidades adulto e infantojuvenil (10 a 18 anos incompletos). Sua importância se destaca especialmente em casos de dependência química, em que a perda de vínculos familiares e a exclusão do lar agravam o quadro do paciente, dificultando a recuperação e ampliando o risco de consumo contínuo (Brasil, 2015).

As Comunidades Terapêuticas concentram sua atuação promovendo a manutenção de rotina e hábitos, que muitas vezes se encontram em dissonância com a dignidade humana. Essas ações são restauradas com base na imperatividade

de normas, compromissos e uma rígida escala de atividades, aplicadas em locais remotos, sem contato contíguo com a sociedade (Sabino e Cazenave, 2005).

O Consultório na Rua conta com uma unidade móvel e uma equipe variável composta por profissionais de saúde que se desloca a áreas prioritárias e visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde. Este constitui-se como importante equipamento da RAPS, e deve abarcar a política redução de danos em sua atuação, reconhecendo a singularidade da pessoa em situação de rua e suas respectivas demandas (Abreu e Oliveira, 2017).

Além disso, observa-se que a política de Redução de Danos (RD) é uma estratégia fundamental para a RAPS, sobretudo no tratamento de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas. Esta proposta foi inicialmente idealizada como um plano para a minimização de transmissão do HIV entre as pessoas que faziam uso e compartilhamento de drogas injetáveis e, por sua exímia eficácia, foi ampliada como ação alternativa à pauta de abstinência no tratamento de pessoas com dependência de substâncias químicas. Suas condutas visam proporcionar estratégias que reduzam os riscos e danos relacionados ao consumo abusivo de drogas. Desde 2003 essa estratégia compõe a Política de Saúde Mental, mas infelizmente ainda encara inúmeras iniquidades pelos paradigmas que a cercam (Passos e Souza, 2011).

2.3 Família e a Dependência Química

O conceito de família é vasto e resistiu a inúmeras adaptações ao longo do tempo. Historicamente, o termo esteve associado à religião, que ao longo do tempo passou a dividir espaço com o Estado, se tornando peça fundamental para a sociedade, uma vez que assumiu caráter produtivo e econômico para além dos vínculos afetivos. Além disso, a promulgação da constituição de 1988 conferiu várias inovações jurídicas às famílias, como a igualdade entre homens e mulheres, o direito ao divórcio e a equiparação aos direitos garantidos à família através do casamento ou união estável (Costa, 2023). De fato, como complementa o estudo supracitado, “as famílias brasileiras tornaram-se pluralizadas, democráticas, igualitárias substancialmente, hétero ou homo parietal, biológica ou socioafetiva, com unidade socioafetiva e caráter instrumental” (Noronha e Parron, 2017, p.7).

Ademais, conforme a pluralidade observada no que tange a terminologia, observou-se que os modelos de família também sofreram modificações ao longo do tempo. Seguem a seguir os principais modelos reconhecidos no Brasil.

A família matrimonial, constituída pela união heteroafetiva, é o modelo mais antigo ainda presente na sociedade. A família informal muito se assemelha com a matrimonial, com a exceção do casamento, uma vez que elas se estabelecem por união estável. A família monoparental é constituída por qualquer um dos pais e seus descendentes, surgindo com a viuvez, com o divórcio ou com a adoção por pessoa solteira. A família anaparental é estabelecida na inexistência dos pais, podendo ser constituída por irmãos ou até mesmo amigos. A família unipessoal é aquela formada por uma única pessoa. O modelo mosaico ou pluriparental é oriundo de outras famílias já formadas previamente, seja por divórcio e/ou novos casamentos. Por fim, destaca-se ainda o modelo de família homoafetiva, formada por pessoas do mesmo sexo que não possuem casamento oficialmente reconhecido (Amarante *et al.*, 2018).

Com base nas definições acima, entende-se que as famílias são um desafio fundamental em relação à dinâmica da dependência química, já que elas adotam um importante papel como agentes transformadores, sejam por se apresentarem como fator risco ou de proteção. Dinâmicas familiares disfuncionais, com abuso, negligência ou falta de apoio emocional podem potencializar o uso de drogas. Ao passo que famílias estruturadas e com participação ativa no acompanhamento dos doentes destacam-se como fatores de proteção para a recuperação dessas pessoas.

Um brilhante estudo, publicado no ano de 2022, evidencia o importante papel que os familiares possuem no contexto da drogadição. Dentre os dados coletados, destacam-se a vivência dos familiares enquanto seus entes estavam em tratamento. A maior parte das famílias teve sua dinâmica afetada, na medida em que passaram por um processo de reestruturação para lidarem com a condição do doente e fornecer suporte a ele no processo de tratamento. Além disso, observou-se sentimentos de dor, tristeza e angústia entre os familiares daqueles que apresentaram “recaídas”, mas a maioria deles mantinha-se confiante e satisfeita com o tratamento atual. Um fato importante, e quase consensual, que pôde ser

observado foi que a espiritualidade e a religiosidade serviram como alicerce e fonte de força para os familiares (Miziara *et al.*, 2022).

3. OBJETIVO

3.1 Geral

Compreender a dependência química a partir da percepção de familiares de pessoas em tratamento e suas repercussões na vida familiar.

3.2 Específicos

Compreender o significado da dependência química sob a perspectiva dos familiares;

Compreender a percepção do familiar acerca de recaídas e continuidade do tratamento;

Identificar as repercussões da dependência química na qualidade das relações familiares, aspectos psicossociais;

Averiguar a influência dos familiares na decisão do tratamento.

4. RESULTADOS PARCIAIS

Até o presente momento, foram realizadas seis entrevistas nas modalidades presencial e on-line, entre os dias 14 e 16/03/2025, com familiares de dependentes químicos que se encontram em processo de tratamento em uma Comunidade Terapêutica localizada no interior do Estado de São Paulo. A pesquisa, de natureza qualitativa, optou por um número reduzido de participantes (entre 5 e 10), uma vez que o objetivo principal é a obtenção de relatos aprofundados e a compreensão subjetiva das experiências vividas pelos familiares.

O grupo de participantes foi selecionado com o propósito de reunir a perspectiva de familiares biológicos ou afetivos, com diferentes graus de parentesco, incluindo três mães, um pai, uma irmã e uma filha, com idades variando entre 25 e 75 anos. Durante as entrevistas, buscou-se explorar o impacto biopsicossocial da dependência química na vida dos familiares, bem como analisar as transformações nos vínculos afetivos antes e depois do início da dependência química em álcool e outras drogas. Também foram investigadas as estratégias e medidas de apoio utilizadas pelas famílias, incluindo o suporte recebido de vizinhos, comunidades religiosas e outros membros familiares, além de outras questões que os próprios participantes consideraram relevantes para o contexto de suas histórias.

Salienta-se que o processo de entrevistas ainda não foi concluído. Espera-se, nas próximas semanas, ampliar o número de participantes, a fim de incluir novos relatos que possam enriquecer e qualificar ainda mais os resultados obtidos até o momento. A continuidade da coleta de dados permitirá uma compreensão mais abrangente dos impactos da dependência química na dinâmica familiar, fortalecendo a análise qualitativa proposta neste estudo.

A análise preliminar dos relatos revela uma percepção devastadora sobre o significado da dependência química vivenciada pelos familiares entrevistados. Todos os participantes buscaram definir a dependência química com base em seus sentimentos, sendo predominante a descrição de uma intensa e contínua sensação de desgaste emocional e angústia.

Quando questionados sobre as recaídas, as respostas variaram significativamente — desde manifestações desesperançosas até falas que reafirmaram a gravidade da condição, mas que acreditavam em sua superação por meio de tratamento adequado. Observou-se que essa compreensão variava conforme a experiência prévia dos familiares: os que nunca haviam lidado com recaídas mostraram-se mais otimistas, enquanto aqueles que já haviam passado por essa situação demonstraram menor esperança. Entre os menos otimistas, destacou-se a ideia de “última chance”, indicando que essa seria a última tentativa de apoio que estariam dispostos a oferecer ao familiar.

Houve variações significativas nas repercussões e, conseqüentemente, na percepção dos familiares sobre a dependência química. Foram identificados

desafios em diversos âmbitos, com destaque para mudanças expressivas nas dinâmicas familiares e no aspecto econômico familiar. Além disso, sentimentos como insegurança, culpa, desconfiança, dificuldade de comunicação, sobrecarga emocional e sensação de manipulação foram constantemente relatados.

Ademais, constatou-se que todos os entrevistados desempenharam papel fundamental na decisão pelo tratamento e depositavam grande confiança no modelo das comunidades terapêuticas. Esses aspectos serão discutidos com maior profundidade nas próximas etapas do trabalho.

Atualmente, a pesquisa encontra-se nas fases de coleta, tabulação e organização dos dados. As entrevistas já realizadas estão sendo categorizadas para, posteriormente, seguirem para análise e interpretação segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

As entrevistas realizadas até o presente momento mostraram-se extremamente enriquecedoras para o desenvolvimento desta pesquisa. A escuta atenta das experiências relatadas pelos participantes permitiu uma compreensão mais profunda dos impactos da dependência química na dinâmica familiar, trazendo importantes contribuições para a análise dos dados.

Contudo, algumas fragilidades foram observadas ao longo do processo. A principal delas foi a ausência de um vínculo prévio entre o entrevistado e o familiar em tratamento, o que, em certos momentos, dificultou a obtenção de informações mais precisas e fidedignas. Além disso, a falta de uma relação de confiança consolidada entre o entrevistador e o participante exigiu maior sensibilidade e paciência durante a condução das entrevistas, sem, contudo, comprometer o respeito e a ética estabelecidos desde o início da pesquisa.

Outro desafio enfrentado foi relacionado à natureza voluntária da participação. Apesar da aceitação inicial, três pessoas que haviam confirmado presença acabaram não comparecendo às entrevistas agendadas, sem aviso prévio. Essa situação demandou ajustes na organização do cronograma de coleta de dados.

Apesar dessas dificuldades, faz-se importante ressaltar que, de maneira geral, todas as pessoas contactadas demonstraram-se solícitas e gentis, contribuindo de forma significativa para o andamento do estudo. Graças a essa colaboração, tem sido possível cumprir com os objetivos propostos e, ao final, espera-se elaborar um material informativo que auxilie famílias que venham a enfrentar o delicado e desafiador processo da dependência química.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. de C.; MALVASI, P. A. *Aspectos transcultural, sociais e ritualísticos da dependência química*. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 6, p. 67-80.

ABREU, D. de; OLIVEIRA, W. F. *Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, [S. l.], v. 33, n. 2, p. e00196916, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00196916. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>. Acesso em: 15 jul. 2024.

ALVES, H. N. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. Cocaína e crack. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 15, p. 170-179.

AMARANTE, A. P. G. et al. *Os diversos modelos contemporâneos de família no Brasil*. Campo Grande, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/download/3060/2370/10379>. Acesso em: 3 ago. 2024.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. Reimp. Da 1. Ed. São Paulo: Edições 70, 2016. ISBN 978-85-62938-04-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CASTRO, L. A. P. de G. *Opioides*. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 17, p. 189-199.

COSTA, E.L.P. *Os diversos modelos de família no Brasil e suas diferenciações*. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - REASE, [s. l.], v.9, n.5, p. 2356-2374, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i5.9986. Disponível em:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/9986/3920/14696>. Acesso em: 3 ago. 2024.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Álcool*. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 12, p. 129-144.

DUARTE, D. F. *Uma breve história do ópio e dos opioides*. Revista Brasileira de Anestesiologia, Campinas, v. 40, n. 1, p. 135-146, 2005. DOI: 10.1590/S0034-70942005000100015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942005000100015>. Acesso em: 30 jan. 2025.

FERREIRA, J. T. et al. *Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental*. Revista Saberes, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334098659_Os_Centros_de_Atencao_Psicossocial_CAPS_Uma_Instituicao_de_Referencia_no_Atendimento_a_Saude_Mental_The_Care_Centers_Psychosocial_Caps_a_Reference_Institution_on_Call_to_Mental_Health. Acesso em: 15 jul. 2024.

HIRDES, A. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão*. Revista Clínica & Saúde Coletiva, [s. l.], v.14, n.1, p. 295-305, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100036. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>. Acesso em: 15 jul. 2024.

MACIEL, S. C. et al. *Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos*. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 18-28, 2014. DOI: 10.15348/1980-6906. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2024.

MIZIARA, D. F. J. et al. *História de familiares sobre o cuidado da pessoa com dependência química*. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 27, p. e81050. DOI: 10.5380/ce.v27i0.81050. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81050>. Acesso em: 30 jan. 2025.

NORONHA, M. M. S.; PARRON, S. F. *A evolução do conceito de família*. [S. l.], p. 1-21, 2017. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170602115104.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2024.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”*. Revista Psicologia & Sociedade, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. DOI: 10.1590/S0102-71822011000100017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>. Acesso em: 15 jul. 2024.

PRESSMAN, S.; GIGLIOTTI, A. *Nicotina*. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 13, p. 145-160.

QUEIROGA, V. V. et al. *The Covid-19 pandemic and the increase in alcohol consumption in Brazil*. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e568101118580, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.18580. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18580>. Acesso em: 15 jul. 2024.

ROCHA, T. H. R. et al. *A desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: um relato sobre práticas em um CAPS*. Revista do NESME, São Paulo, v. 1, n. 16, p. 1-16, 2019. DOI: 10.32467/issn.1982-1492v16n1p1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v16n1p1-16>. Acesso em: 15 jul. 2024.

SABINO, N. di M.; CAZENAVE, S. de O. S. *Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas*. Revista Estudos de Psicologia, Campinas, v.22, n.2, p.167-174, 2005. DOI: 10.1590/S0103-166X2005000200006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>. Acesso em: 15 jul. 2024.

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B. *Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00042620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>. Acesso em: 15 jul. 2024.

SORDI, A. O.; RODRIGUEZ, V. C. R.; KESSLER, F. *Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos*. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 16, p. 180-188.

ZUARDI, A. W.; CRIPPA, J. A. de S. *Maconha*. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 14, p. 161-169.

JUVENTUDE EM RISCO: Os desafios da prevenção combinada

Marcos Antônio Marçula Nunes de Oliveira
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
marcos14marcula@gmail.com

Kelly Cristiny Neves Silva Ferreira
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
kellycristiny.facef@gmail.com

Kerolaine da Silva Goulart
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
keerolgoulart@gmail.com

Sofia Silva Prado
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
sofiasilvaprado16@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos
Doutora em ciências- EERP
Docente do Departamento de Enfermagem e
Medicina– Uni-FACEF
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A juventude é um período marcado por descobertas, experimentações e construção de identidade (SOUZA, 2017). No entanto, para muitos universitários, essa fase também é acompanhada por situações de vulnerabilidade, como pressão acadêmica, distanciamento da família, exposição a novos comportamentos e influências sociais (GONÇALVES, 2018). Esses fatores podem levar ao aumento de comportamentos de risco, como práticas sexuais desprotegidas e o desenvolvimento de transtornos mentais (SILVA et al, 2019).

Essa faixa etária representa um período de significativas transformações biopsicossociais, caracterizado pela busca de identidade, experimentações e desenvolvimento da autonomia (SILVA, 2019). Entretanto, é também uma fase de vulnerabilidades específicas, especialmente no que diz respeito às Infecções Sexualmente Transmissíveis HIV/AIDs e outras ISTs (SILVA, 2019). Esse relato aborda os desafios da implementação da Prevenção Combinada

entre jovens com maior propensão de exposição às ISTs e o não autocuidado com a saúde sexual. Destacando sua importância como estratégia integral de saúde pública (SÃO PAULO, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os jovens entre 15 e 24 anos são particularmente vulneráveis a riscos à saúde, incluindo ISTs, como o HIV, e problemas relacionados à saúde mental (OMS, 2021). Além disso, estudos apontam que o ambiente universitário pode amplificar esses riscos, devido à cultura de festas, ao estresse acadêmico e à falta de políticas de prevenção adequadas (UNODC, 2020).

A realidade confirma a necessidade de ter abordagens mais inclusivas e ainda mais abundantes. Diante desse cenário, é fundamental que universidades e órgãos de saúde promovam ações educativas mais abrangentes, facilitando o acesso às diversas ferramentas de prevenção. Isso pode ser feito por meio de palestras, distribuição de materiais informativos, ampliação da testagem gratuita e maior divulgação de serviços de saúde disponíveis (UNAIDS (2018).

Ao fortalecer a conscientização sobre a prevenção combinada, é possível incentivar escolhas mais seguras e saudáveis, reduzindo a incidência de ISTs e promovendo o bem-estar físico e mental dos universitários, contribuindo para a construção de ambientes mais saudáveis e para a sustentabilidade das intervenções em saúde pública (MONTEIRO, 2018)

Neste sentido, e, diante da relevância da temática para a saúde coletiva, este relato tem como objetivo: “Apresentar o desenvolvimento de um projeto de intervenção com foco na sensibilização para comunidade universitária acerca da prevenção combinada IST/HIV/AIDS e do autocuidado”.

2. DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência desenvolvido por meio da metodologia da problematização (Arco de Maguerez), por estudantes do 5º semestre do curso de Bacharelado em Enfermagem, no contexto da disciplina Unidade Curricular Extensão - Práticas Integradas em ensino e serviço à comunidade II, no período de fevereiro a junho de 2025.

A metodologia da problematização, especialmente na forma do Arco de Maguerez, é uma estratégia pedagógica ativa que visa desenvolver a autonomia intelectual, o pensamento crítico e a criatividade dos estudantes a partir da análise de uma realidade concreta. Criada pelo francês Charles Maguerez na década de 1970 e aprimorada no Brasil por Bordenave e Pereira (BERBEL, 1998), que estrutura o processo de ensino-aprendizagem em cinco etapas sequenciais:

1. Observação da Realidade: os estudantes observam e problematizam um aspecto da realidade, buscando uma compreensão global do fenômeno ou situação apresentada.
2. Definição dos Pontos-Chave: identificam os elementos centrais ou variáveis essenciais do problema, que são determinantes para sua compreensão e solução.
3. Teorização: realizam pesquisas, leituras e discussões para fundamentar teoricamente o problema, buscando explicações científicas que esclareçam os pontos-chaves.
4. Hipóteses de Solução: elaboram possíveis soluções para o problema, baseadas na teoria e na análise realizada.
5. Aplicação à Realidade: testam e aplicam as soluções propostas na prática, promovendo a reflexão crítica sobre os resultados e a efetividade das intervenções.

Essa metodologia valoriza a experiência real ou simulada como ponto de partida para a aprendizagem, incentivando a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento e na resolução de problemas concretos, o que a torna especialmente adequada para cursos na área da saúde e para práticas integradas em ensino e serviço à comunidade (BERBEL, 1998).

2.1 Observação da Realidade

A fim de observar efetivamente essa realidade, os estudantes elaboraram questionário com perguntas voltadas ao conhecimento acerca da prevenção combinada, autocuidado e comportamentos de riscos. Sendo enviado um link por meio do *Google Forms* aos universitários dos diferentes cursos por meio do *Whatsapp* de grupos acadêmicos. Além do questionário, realizamos também abordagens individuais, para que, as interações do contato face a face possibilitasse

a observação durante os questionamentos. Participaram desta etapa 20 universitários (15 respondendo o questionário e 5 no momento da abordagem individual).

Entre universitários, a prevenção combinada apresenta um cenário paradoxal: ao mesmo tempo em que quase todos conhecem o preservativo como forma de prevenção, há baixa adesão à testagem e grande desconhecimento sobre PEP (profilaxia pós-exposição) e PrEP (profilaxia pré-exposição). Sendo assim alguns dos acadêmicos entrevistados se sentiram receosos devido às questões religiosas, crenças e costumes e demonstraram por vezes aversão ao tema exposto.

Ao analisar as interações foi possível elencar as principais demandas nas seguintes categorias: 1) O conhecimento e o que é e as principais estratégias em prevenção combinada; 2) Comportamentos de risco; 3) Acesso às informações e/ou estratégias em prevenção combinada. 4) Reações observadas durante a aplicação das perguntas.

2.1.1 O conhecimento do que é e as Principais Estratégias em Prevenção Combinada.

Durante a interação com os universitários, seja pelo *Google Forms* ou interação individual foi possível observar que o conhecimento sobre a prevenção combinada entre os universitários ainda é limitado em algumas áreas. Muitos estudantes têm uma compreensão parcial sobre o assunto, especialmente no que diz respeito à combinação de estratégias de prevenção, como o uso de preservativos, a profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV e a educação sobre hábitos saudáveis, como autocuidado.

Além disso, o entendimento sobre a aplicação de estratégias preventivas em conjunto, como no caso de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e doenças não transmissíveis (DNTs), varia conforme a área de estudo e o interesse dos estudantes. Embora haja uma tendência crescente de conscientização, é essencial que as instituições de ensino reforcem a disseminação de informações e promovam discussões mais profundas sobre o tema. Incluir a prevenção combinada nos currículos acadêmicos e em campanhas de

conscientização pode ser uma maneira eficaz de melhorar o conhecimento e engajamento dos universitários em práticas de saúde mais integradas e eficazes.

2.1.2 Comportamentos de Risco

A falta de um conhecimento mais aprofundado sobre os riscos da vida sexual e a importância de práticas preventivas também pode ser atribuída à desinformação ou à minimização do problema, em parte devido à normalização de comportamentos de risco dentro do ambiente universitário. Embora muitos estudantes demonstraram alguma consciência sobre questões relacionadas ao sexo seguro, a atitude em relação a essas práticas é contrária ao que deveria ser seguro. Muitas vezes, não é totalmente fundamentada em informações científicas. Na maioria das vezes, o “boca a boca” do que um fez e deu certo rege os outros indivíduos, por falta do acesso claro e seguro a essa problemática.

2.1.3 Acesso às Informações e/ou Estratégias em Prevenção Combinada

O acesso às informações sobre estratégias de prevenção combinada entre universitários ainda apresenta lacunas importantes. Embora muitos estudantes tenham algum nível de conhecimento sobre métodos de prevenção de doenças, como o uso de preservativos e a profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV, a compreensão de como essas estratégias podem ser combinadas para otimizar a proteção é desconhecida. Em muitas universidades, as campanhas de conscientização focam principalmente em um único método de prevenção, deixando de destacar a eficácia de abordagens combinadas que incluem o uso simultâneo de preservativos, PrEP e testes regulares para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), por exemplo.

2.1.4 Reações Observadas Durante a Aplicação das Perguntas

Durante a realização das abordagens individuais, foi possível identificar reações comportamentais significativas por parte dos entrevistados, as quais

revelam aspectos subjetivos importantes relacionados à temática da saúde sexual e à prevenção combinada. Observou-se que, ao serem questionados sobre assuntos envolvendo intimidade sexual, mesmo quando abordados sob a perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), muitos participantes apresentaram sinais evidentes de constrangimento, tais como alterações na expressão facial, hesitações nas respostas, desvio do olhar e períodos de silêncio.

Essas manifestações podem estar relacionadas a barreiras socioculturais que ainda permeiam a discussão sobre sexualidade, mesmo no ambiente universitário. Ainda que esse contexto favoreça maior liberdade de expressão, persistem julgamentos morais, crenças pessoais e tabus que dificultam a comunicação aberta e segura sobre o tema. O desconforto foi mais acentuado diante de perguntas sobre estratégias específicas de prevenção, como a profilaxia pré-exposição (PrEP) ou a realização de testagens regulares, sugerindo desconhecimento e, em alguns casos, resistência à discussão devido ao medo de exposição.

As reações observadas durante a entrevista evidenciam que a comunicação não verbal dos participantes também deve ser considerada na análise dos dados, pois expressa emoções, tensões e resistências que não são explicitadas verbalmente. Esses elementos reforçam a importância de estratégias educativas mais sensíveis e contextualizadas, que dialoguem com as realidades vivenciadas da juventude universitária, ampliando a eficácia das ações de prevenção em saúde sexual.

Além disso, observamos que os acessos a essas informações foram desiguais entre os estudantes, dependendo de fatores como o curso e a área de estudo. Muitos universitários, especialmente os que não têm formação em áreas da saúde, podem não estar totalmente cientes das opções disponíveis ou da importância de adotar múltiplas estratégias preventivas. E a forma como eles podem ser combinados para oferecer uma proteção mais eficaz e abrangente.

2.2 Pontos-Chaves

Nesta perspectiva, faz-se necessário contextualizar os principais pontos-chaves identificados na comunidade universitária acerca da temática, a fim

de subsidiar o desenvolvimento das etapas de teorização e posterior hipóteses de solução e aplicação das intervenções na realidade observada.

Assim, identificamos desafios significativos na implementação da Prevenção Combinada, tais como:

1. Barreiras de acesso à informação: Muitos jovens não dispõem de informações adequadas sobre prevenção, sintomas e tratamento das IST 's, o que compromete sua capacidade de autocuidado e tomada de decisões informadas sobre práticas sexuais seguras.
2. Estigma e discriminação: O estigma associado as IST's continua sendo um obstáculo significativo, especialmente entre jovens. Este fator dificulta a busca por serviços de prevenção e testagem, além de contribuir para o isolamento social daqueles que vivem com IST 's.
3. Influências culturais e religiosas: Crenças e valores culturais podem representar obstáculos à adoção de práticas preventivas, especialmente quando há resistência à educação sexual compreensiva ou estigmatização de comportamentos específicos.

Diante dos desafios elencados foram elaboradas perguntas norteadoras, conforme apresentaremos a seguir: Qual o conhecimento dos jovens universitários acerca da prevenção combinada e acesso a informação ou estratégias em prevenção combinada? Quais os principais comportamentos de riscos? Quais foram as principais observações durante a aplicação das perguntas sobre a existência da prevenção e qual seria ela, e, o autocuidado?

2.3 Teorização

Os jovens constituem um grupo particularmente vulnerável à infecção pelo HIV e Sífilis, devido a múltiplos fatores interrelacionados. Estudos recentes demonstram "a necessidade do aprimoramento das políticas públicas voltadas para os jovens em contextos de vulnerabilidades sociais através do olhar interseccional" (Lacerda *et al.* 2024). Este olhar reconhece que determinantes sociais como raça, gênero, cultura, classe social, sexualidade, escolarização e imigração são elementos

fundamentais que impactam diretamente a eficácia das políticas públicas de prevenção.

Desde o surgimento do HIV, o preservativo tem sido uma das principais estratégias preventivas. O estímulo ao seu uso integrou a compreensão de prevenção que caracterizou respostas nacionais bem-sucedidas à epidemia. Contudo, apesar de fundamental, a abordagem contemporânea reconhece que o preservativo deve ser complementado por outras estratégias preventivas, considerando a complexidade dos contextos e relações juvenis e atualmente tem se trabalhado no contexto da Prevenção Combinada (DOURADO, 2015).

A Prevenção Combinada constitui uma abordagem abrangente que associa diferentes estratégias de prevenção ao HIV e às ISTs em geral, fundamentada numa perspectiva de saúde integral. De acordo com o Ministério da Saúde, sua premissa básica é que "a prevenção deve considerar as especificidades dos sujeitos e de seus contextos, as características individuais e o momento de vida de cada pessoa" (BRASIL, 2025). Esta abordagem reconhece que nenhuma intervenção preventiva isolada é suficiente para reduzir novas infecções, sendo necessária a combinação de métodos conforme as necessidades específicas de cada indivíduo.

O termo Prevenção Combinada remete à conjugação de diferentes ações preventivas às IST, ao HIV/AIDS e seus fatores associados, combinando três categorias principais de intervenções: biomédica, comportamental e estrutural, aplicadas tanto no âmbito individual quanto coletivo. Como representação gráfica desta estratégia, o Ministério da Saúde adotou a imagem da mandala, ilustrando as diversas possibilidades preventivas que podem ser combinadas segundo as necessidades específicas de cada população (BRASIL, 2025), conforme a imagem a seguir:

Figura 1: Mandala- prevenção combinada



Fonte: Ministério da Saúde. Brasil, 2025.

2.3.1 Desafios na Implementação da Prevenção Combinada entre Jovens

A implementação efetiva da Prevenção Combinada entre jovens enfrenta obstáculos significativos. Um dos principais desafios é o acesso limitado dos adolescentes aos serviços de saúde. Segundo dados da UNAIDS (2018), citados por Brasil (2019), "ainda muito precisa ser feito para que adolescentes tenham acesso ao serviço".

Barreiras socioculturais, estigma e discriminação também comprometem a busca por métodos preventivos e assistência à saúde. Neste contexto, "é imprescindível fortalecer as redes de apoio na assistência aos fatores psicossociais dos jovens e seus familiares"(Lacerda et al. 2024). A falta de informação qualificada e contextualizada à realidade juvenil constitui outro entrave significativo, frequentemente resultando em práticas sexuais desprotegidas.

Ademais, há o desafio de integrar adequadamente as diferentes estratégias preventivas, considerando as particularidades da juventude. O termo

"sexo seguro" é comumente associado apenas ao uso do preservativo, sendo fundamental ampliar esta compreensão para incluir diversas práticas preventivas complementares.

2.3.2 Serviços de Saúde Integrados e Monitoramento das Políticas Públicas

Deve-se garantir serviços de saúde acolhedores e sem preconceitos, incluindo centros de testagem e aconselhamento que ofereçam testes, apoio psicológico e informações sobre prevenção e tratamento (dos Santos Carneiro, 2016). Ampliar a oferta de testagem rápida em locais de grande circulação juvenil (escolas, eventos), com distribuição gratuita de autotestes em farmácias e postos de saúde (com tutoriais online), é fundamental. Serviços devem ter horários estendidos e profissionais treinados para atender com sensibilidade, integrando também a divulgação de PrEP e PEP em aplicativos de relacionamento para facilitar o acesso.

Essas estratégias devem ser implementadas com políticas públicas que promovam a saúde integral dos jovens, garantindo acesso aos serviços e respeito aos seus direitos (Baracat, 2013). Estabelecer indicadores como redução de novos casos e aumento na testagem, destinar recursos específicos com acompanhamento por conselhos juvenis, e aprovar leis que garantam distribuição gratuita de insumos de prevenção são passos essenciais.

A prevenção combinada deve articular educação, informação e serviços de saúde adaptados, envolvendo os jovens como protagonistas. A construção de uma cultura preventiva, com ações baseadas em evidências e políticas públicas consistentes, é prioritária para reduzir a vulnerabilidade da juventude ao HIV/AIDS e outras ISTs.

Ao analisar os dados coletados foi possível observar que existem barreiras substanciais comprometendo a eficiência das estratégias de amenização da saúde voltadas para este grupo populacional, apesar das melhorias feitas nas políticas públicas de saúde.

As etapas percorridas até o momento possibilitaram a compreensão das práticas de risco e de proteção entre os acadêmicos, bem como de suas

configurações sociais, comportamentais, culturais e outras que possibilitam formar ações mais contextualizadas e efetivas.

2.4 Hipóteses de solução

Como proposta de ampliar as discussões sobre a temática e contribuir com mudanças na prática dos jovens, neste projeto propõe-se desenvolver ações com o intuito de sensibilização para comunidade universitária acerca da prevenção combinada IST/HIV/AIDS.

Para tal, realizado o mapeamento dos principais pontos de circulação no campus, identificando áreas de maior fluxo de estudantes e colaboradores. A partir desse diagnóstico, será organizada estações de aprendizagem posicionadas em locais de fácil acesso, como entradas de prédios e corredores centrais, para maximizar a visibilidade e o engajamento.

Atenção será dada ao design das estações, painéis interativos e materiais impressos que abordavam temas como uso de preservativos, adesão ao tratamento antirretroviral e métodos de profilaxia pré-exposição (PrEP). Para enriquecer a experiência, serão incorporadas atividades lúdicas — como quizzes e jogos de perguntas e respostas — que incentivaram a participação ativa do público, ao mesmo tempo em que forneciam dados em tempo real sobre o nível de conhecimento dos participantes.

No segundo momento, priorizará a formação de uma equipe de voluntários capacitados, composta por alunos de cursos da área da saúde, com conhecimento acerca da prevenção combinada e contaremos também com os ligantes da Liga de Moléstias Infecciosas do Centro Universitário de Franca. Esses multiplicadores atuarão diretamente nas estações, esclarecendo dúvidas, distribuindo materiais educativos e realizando encaminhamentos para serviços de testagem e aconselhamento.

A avaliação da experiência incluirá coleta de feedback qualitativo por meio de entrevistas rápidas após o período das atividades desenvolvidas e análise quantitativa dos acessos a distribuição de panfletagem.

2.5 Aplicação da Realidade

A implementação das ações ocorrerá no mês de maio, conforme o cronograma apresentado a seguir:

Semana	Datas	Atividades
Planejamento	1 a 5 de maio	- Mapeamento dos pontos de maior fluxo no campus
		- Definição de metas e indicadores de sucesso
		- Reunião inicial com equipe de comunicação e saúde
		- Elaboração de briefing para design das estações
Desenvolvimento	07 de maio	- Criação de layouts de totens e painéis interativos
		- Produção de materiais gráficos e impressos (folders, cartazes)
		- Configuração de quizzes eletrônicos e coleta de dados
		- Aprovação final dos protótipos pela coordenação
Logística e montagem	8 e 9 de maio	- Aquisição e teste de equipamentos (totens, tablets, suportes)
		- Impressão e corte de materiais
		- Definição de pontos exatos de instalação
		- Montagem-piloto de uma estação para ajustes
Capacitação	10 e 11 de maio	- Seleção de voluntários (alunos de saúde e comunicação)
		- Realização de workshop sobre prevenção combinada e técnicas de abordagem
		- Treinamento prático na estação-piloto
		- Ajustes no conteúdo e nos procedimentos de atendimento
Implementação	14 de maio	- Instalação definitiva das estações nos pontos mapeados
		- Abertura oficial com divulgação interna (e-mail, redes sociais)
		- Início das atividades de conscientização (distribuição de materiais, quizzes, orientações)
		- Coleta inicial de dados e feedback dos participantes

Fonte: Os autores

3. RESULTADOS ESPERADOS

Com a execução deste projeto, espera-se alcançar os seguintes resultados:

1. Aumento do conhecimento entre os universitários sobre o conceito de prevenção combinada, incluindo estratégias biomédicas (como PrEP e PEP), comportamentais (uso de preservativos, redução de parceiros sexuais) e estruturais (acesso a serviços de saúde e educação sexual).
2. Melhoria na adesão às práticas preventivas, por meio de atividades interativas e oficinas com linguagem acessível, que estimulam o autocuidado e a tomada de decisões informadas.
3. Fortalecimento do protagonismo juvenil, incentivando os estudantes a participarem ativamente na promoção da saúde sexual e reprodutiva entre seus pares.

4. Geração de dados qualitativos e quantitativos sobre a percepção, comportamento e acesso às estratégias de prevenção, que poderão subsidiar novas intervenções e políticas públicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o momento, com as ações realizadas foi possível confirmar que a juventude universitária está exposta a múltiplas vulnerabilidades relacionadas às ISTs, sobretudo devido à desinformação, estigma, barreiras socioculturais e à ausência de abordagens educativas contínuas e integradas. A prevenção combinada se mostra uma estratégia eficaz e necessária, especialmente quando adaptada às realidades dos jovens e articulada com políticas públicas, serviços acessíveis e ações educativas inovadoras.

É fundamental que instituições de ensino superior contribuam na promoção da saúde, incorporando a prevenção combinada aos seus projetos pedagógicos e ações extensionistas. A construção de ambientes informativos, acolhedores e livres de preconceito pode favorecer não apenas a prevenção de ISTs, mas também o empoderamento dos jovens enquanto agentes de transformação social.

Por fim, o presente trabalho contribui para ampliar a reflexão sobre práticas de cuidado e prevenção em saúde sexual no contexto universitário, reforçando a importância de escutar os jovens, compreender suas necessidades e criar estratégias que dialoguem com seus contextos de vida.

REFERÊNCIAS

BARACAT, Maria Matilde Zraik; NOBRE, Farley Simon. Participação social como elemento de análise da sustentabilidade: estudo do Programa Brasileiro de DST/AIDS. Cadernos EBAPE. BR, v. 11, p. 41-64, 2013.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Revista Dialógica, Londrina, v. 2, n. 1, p. 139–154, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção combinada. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada>. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada>. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada>. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Saúde reforça importância do acesso de adolescentes às diferentes formas de prevenção ao HIV e à Aids. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/saude-reforca-importancia-do-acesso-de-adolescentes-as-diferentes-formas-de-prevencao-ao-hiv-e-a-aids> Acesso em: 19 mar. 2025.

CARNEIRO (2016). O HIV/Aids na região sudoeste do Paraná e suas ações informo/educativas: o caso da Regional de Francisco Beltrão. Revista Brasileira de Medicina Tropical, 49(2), 197-205.

COELHO, Beatriz. 5 dicas de como fazer observação participante. Blog da Mettzer, 17 dez. 2021. Disponível em: <https://blog.mettzer.com/observacao-participante/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

Dourado, I. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil: importância e limites no contexto da prevenção combinada do HIV/AIDS. Revista Brasileira de Epidemiologia, 18(Supl 1):63-88, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/cJ8wqLjBQZ9MGCTmrPRfZgw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2025.

GONÇALVES, S. A. "A vulnerabilidade psicossocial de estudantes universitários." Psico (UNIVAG), v. 20, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/viewFile/914/895> . Acesso em: 19 mar. 2025.

GONÇALVES, Wilson José. Atuação do enfermeiro na prevenção ao estigma e preconceito ao paciente HIV/AIDS. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Norte Paranaense, Arapongas, 2019. Disponível em: https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/29559/1/wilson_atividade+4_+defesa.pdf. Acesso em: 19 mar. 2025.

LACERDA MOTA, F. G.; GONZALEZ, R. H.; ALCANTARA, J. L.; NOGUEIRA FREITAS, E. W.; TAVARES MACHADO, M. M. Juventude em risco: Uma revisão integrativa. Revista Saber Digital, [S. l.], v. 17, n. 2, p. e20241701, 2024. DOI: 10.24859/SaberDigital.2024v17n2.1511. Disponível em: <https://unifaa.emnuvens.com.br/SaberDigital/article/view/1511>. Acesso em: 3 maio. 2025.

MOTA, Francisco Gabriel Lacerda et al. Juventude em risco: Uma revisão integrativa. Revista Saber Digital, v. 17, n. 2, p. e20241701-e20241701, 2024. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção Combinada do HIV. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao>. Acesso em: 19 mar. 2025

MONTEIRO, L. S. et al. Conhecimento e atitudes de estudantes universitários sobre a prevenção combinada do HIV. Revista Faculdade Nova Esperança, João Pessoa, 2018. Disponível em: <https://revistaft.com.br/prevencao-combinada-do-hiv-entre-jovens-universitarios/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

PRADO, Marta Lenise do et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Escola Anna Nery, v. 16, p. 172-177, 2012.

SÃO PAULO. Fundação CASA. "Programa Prevenção Combinada das IST/Aids." Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/juventudes/fundacao-casa/programaprevencaocombinadadasist2017fundacaocasa.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2025.

SILVA, A. C. S., et al. "Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS." Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 72, no. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ngWdyJ5Q3v3ccPz4FsXf4JM/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

SILVA, A. R., et al. "Ansiedade em universitários: fatores de risco associados." Psicologia: Saberes e Práticas, n. 1, 2019. Disponível em: <https://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/psicologiasaberes&praticas/sumario/64/16012019150843.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2025.

SOUZA, L. S., & Santos, M. A. "Vulnerabilidade social e adolescência: perspectivas para a psicologia comunitária." Psico (UNIVAG), v. 18, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/608/605>. Acesso em: 19 mar. 2025.

TOLEDO, Melina Mafra et al. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. Revista brasileira de enfermagem, v. 64, p. 370-375, 2011.

UFJF. Educação por pares para prevenção de HIV/aids entre adolescentes. Periódicos UFJF, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/33904>. Acesso em: 19 mar. 2025.

UNAIDS BRASIL. Prevenção Combinada ao HIV. Disponível em:
<https://unaid.org.br/prevencao-combinada/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

O PAPEL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: um relato de experiência

Ana Beatriz Souza
Graduanda em Enfermagem – UNI-FACEF
bii25souza06@gmail.com

Gislaine Maria da Cruz Silva
Graduanda em Enfermagem – UNI-FACEF
gismare@hotmail.com

Laura Branquinho Silva
Graduanda em Enfermagem – UNI-FACEF
laurabranquinho89@gmail.com

Yasmin Marangoni de Souza
Graduanda em Enfermagem – UNI-FACEF
yasmimmarangoni27@gmail.com

Lilian Puglas da Silva
Docente do Departamento de Enfermagem – Uni-FACEF
lilianpuglas@facef.br

1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil foi um processo político, social e sanitário que teve início na década de 1980, com o objetivo de transformar o modelo de atenção à saúde mental, substituindo o paradigma asilar, centrado na exclusão e institucionalização dos indivíduos, por um modelo comunitário, pautado na promoção da cidadania, na atenção psicossocial e na inclusão social das pessoas com sofrimento mental. Inspirada pelos princípios da Reforma Sanitária e do Movimento da Luta Antimanicomial, a reforma psiquiátrica brasileira buscou romper com a lógica manicomial que historicamente marginalizava e violava os direitos das pessoas em sofrimento psíquico (Hirdes, 2009).

O marco legal mais importante desse processo foi a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei estabeleceu diretrizes para o fechamento progressivo de hospitais psiquiátricos e a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Serviços de

Atendimento em Crise e projetos de geração de trabalho e renda. A reforma promoveu a articulação desses serviços com a atenção básica e outros setores sociais, visando ao cuidado integral e humanizado (Brasil, 2001).

Com as mudanças feitas durante a reforma psiquiátrica no Brasil, o Decreto nº 10.216, de 06 de abril de 2001 passa a regular a proteção e os direitos dos indivíduos com distúrbios mentais e altera o modelo de assistência à saúde mental. A Lei garante os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais, sem qualquer tipo de discriminação relacionada à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, idade, família, recursos financeiros ou à severidade ou duração do seu distúrbio, entre outros aspectos (Brasil, 2001).

Em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2011a).

A política da RAPS está inserida na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e tem como principais diretrizes oferecer atendimento humanizado, respeitando os direitos humanos, garantindo a liberdade e autonomia dos usuários, promovendo a equidade e reconhecendo os determinantes de saúde, contrapor estigmas e preconceitos, proporcionar uma assistência integral, interdisciplinar e desenvolver estratégias de redução de danos ao usuário. Tem como pontos de atenção às Unidades Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura (Brasil, 2011a).

As Unidades de Acolhimento estão organizadas em duas modalidades distintas: a Unidade de Acolhimento Adulto e a Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil que estão articuladas com a UBS que visa reforçar o cuidado clínico aos usuários e aos CAPs que indica o acolhimento, acompanhamento especializado, planejamento da saída e continuidade do tratamento, bem como pela participação

ativa da articulação intersetorial para promover a inserção do usuário na comunidade (Brasil, 2011a).

Na modalidade de Unidade de Acolhimento Adulto, encontramos as Comunidades Terapêuticas, que em sua maioria são instituições privadas, de natureza filantrópica, que realizam acolhimento extra-hospitalar, pautado na adesão e permanência voluntária dos usuários. Caracterizam-se pelo regime residencial transitório, pela realização de práticas educativas e pela oferta de projetos terapêuticos fundamentados na convivência entre os pares, favorecendo o estabelecimento de vínculos interpessoais e o desenvolvimento integral do indivíduo (Brasil, 2011a).

São entidades legalmente constituídas nos moldes do artigo 26-A da Lei nº 11.343, de 2006, e fundamentam-se nos princípios fundamentais da vida social e pessoal, conforme estabelecido nos incisos VI e VII do artigo 5º da Constituição Federal (Brasil, 2006).

Ademais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamentou, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 30 de junho de 2011, os requisitos de segurança sanitária aplicáveis às instituições que prestam serviços de atenção a indivíduos com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial, adotando como principal estratégia terapêutica a convivência entre os pares (Brasil, 2011a).

Sua abordagem assistencial é realizada através de atividades terapêuticas que abrange a terapia individual e em grupo, atividade ocupacional, oficinas artísticas, física e recreativas. O desenvolvimento de oficina permite a possibilidade de projeção de conflitos internos/ externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário, além do fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, as oficinas em Saúde Mental podem ser consideradas terapêuticas quando possibilitarem aos usuários dos serviços um lugar de fala, expressão e acolhimento. Além disso, avançam no caminho da reabilitação, pois exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial (Azevedo, 2011).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência de estudantes do 6º semestre do curso de enfermagem de uma instituição municipal de ensino do interior paulista na realização de um projeto de intervenção promovida através de uma atividade de educação em saúde em uma comunidade terapêutica.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo tipo relato de experiência de um projeto de intervenção proposto pela disciplina Práticas Integradas IV, que tem como objetivo aproximar os alunos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O projeto aconteceu no 2º semestre de 2024 na cidade de Franca/SP

O projeto de intervenção foi realizado em duas etapas distintas. A primeira foi realizada no dia 20 de setembro de 2024, onde foi realizada uma visita técnica para aproximação dos coordenadores e reconhecimento do local através da aplicabilidade de um questionário semiestruturado e um check-list com as principais normas regulamentadoras. A segunda visita foi realizada no dia 21 de outubro de 2024 para aplicação do projeto de intervenção.

3.2 Visita Técnica à Instituição Escolhida

A instituição escolhida foi a comunidade terapêutica denominada Fraternidade o Caminho, localizada na área rural de Cristais Paulista - SP, com atendimento 24 horas. Trata-se de uma instituição religiosa que presta serviços para contribuir na reabilitação física e social dos indivíduos que estão em tratamento para abandonar o uso abusivo de substâncias psicoativas.

A equipe era composta por missionários voluntários, Freis, médico e psicóloga que realizavam suas atividades de forma voluntária. Casos que exigiam atendimento médico eram encaminhados para a UBS ou CAPS. Apesar da

realização de atividades como o trabalho rural e o futebol, não havia oficinas terapêuticas estruturadas.

Inicialmente, foi realizada uma busca nas bases de dados científicos referente a Política Nacional de Saúde Mental, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na Resolução da Diretoria Colegiada nº 29/2011, onde foi possível elaborar um instrumento, estruturado em 14 tópicos a serem utilizadas como guia para entrevistar os coordenadores da instituição.

QUESTIONÁRIO	
01	Quando surgiu a Fraternidade? e como?
02	Existe apenas este serviço, ou tem outras chácaras?
03	Quantos funcionários estão aqui atualmente?
04	Quem é/foi o fundador?
05	Atualmente quem coordena a Instituição?
06	Quantas pessoas estão em tratamento aqui atualmente?
07	Quanto tempo eles ficam aqui em tratamento?
08	Como eles são admitidos na instituição? existe algum critério?
09	Possui alguma avaliação médica antes deles serem admitidos?
10	Qual o procedimento quando ocorrer Desligamento (alta administrativa) ou fuga?
11	Como funcionam as visitas de familiares?
12	Como é feito com as despesas?
13	Como é a infraestrutura da Fraternidade?
14	Como é a rotina dos moradores?

Fonte: Questionário elaborado pelas autoras, 2024

Com as respostas referente ao questionário elaborado pelas autoras, foi possível ter uma visão mais completa de como a comunidade surgiu e como ela coordena seus serviços. 1-“Quando surgiu a Fraternidade? e como?”: Em 2024, a instituição completou 23 anos de atuação. Fundada por pessoas de orientação

religiosa, sua missão é oferecer cuidado integral a pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente dependentes químicos. A motivação central da obra está alicerçada na espiritualidade cristã, com o desejo de levar a mensagem de Jesus Cristo a todos, especialmente aos mais marginalizados e excluídos pela sociedade. A origem da iniciativa remonta à atuação de um padre que, ao realizar retiros voltados à evangelização de jovens, identificou a recorrência de casos de dependência química entre os participantes. Paralelamente, uma das co-fundadoras, ainda durante sua graduação e antes de se tornar freira, acolheu em sua própria residência um jovem dependente que lutava contra o vício. Em uma situação crítica, o jovem a procurou dizendo que não conseguia mais se controlar. Ao tentar evitar o uso de entorpecentes, ele injetou lama nas veias, o que infelizmente resultou em sua morte. O episódio marcou profundamente a co-fundadora, que compreendeu, a partir dessa experiência, o chamado para uma dedicação integral à missão de acolhimento e cuidado com os mais vulneráveis;

2-“Existe apenas este serviço, ou tem outras chácaras?”: Diversas unidades terapêuticas, localizadas em diferentes estados do Brasil e em países como Paraguai e Chile, operam com base no princípio de acolhimento e tratamento de pessoas com transtornos por uso de substâncias. No estado de São Paulo, existe uma estrutura de ressocialização voltada a oferecer suporte continuado a pacientes que finalizaram o tratamento nessas unidades, mas que ainda se encontram em situação de vulnerabilidade social, sem rede de apoio ou moradia; 3-“Quantos funcionários estão aqui atualmente?”: A instituição conta com quatro freis e dois missionários em sua missão pastoral e social; 4-“Quem é/foi o fundador?”: A instituição foi fundada pelo Pe. Gilson Sobreiro, idealizador da missão, com a colaboração da Irmã Serva das Chagas Ocultas, cofundadora e corresponsável pela consolidação do carisma e das primeiras ações de acolhimento; 5-“Atualmente quem coordena a Instituição?”: A instituição é coordenada pelo frei Oséias, o mesmo que foi entrevistado pelas autoras;

6-“Quantas pessoas estão em tratamento aqui atualmente?”: Atualmente, 25 pessoas estão em processo de tratamento na unidade, que possui capacidade total para acolher até 30 residentes simultaneamente; 7-“Quanto tempo eles ficam aqui em tratamento?”: O tratamento tem duração média de nove meses. Por se tratar de um processo voluntário, os acolhidos têm a liberdade de interrompê-

lo a qualquer momento. Após esse período, muitos permanecem na chácara durante a etapa de ressocialização, enquanto outros retornam ao convívio familiar, conforme suas condições e evolução pessoal.

8-“Como eles são admitidos na instituição? existe algum critério?”: A admissão dos acolhidos é realizada por meio de triagem presencial, conduzida sempre às terças-feiras, na casa das Irmãs, localizada em Franca, SP. O processo é direcionado exclusivamente a pessoas que voluntariamente buscam reabilitação, não sendo aceitas admissões solicitadas por familiares ou terceiros. Durante a triagem, é aplicado um questionário de avaliação, com perguntas sobre o histórico familiar, possíveis comorbidades, tempo de uso e tipo de substância, além dos objetivos que a pessoa deseja alcançar com o tratamento. O período de admissão tem duração média de 15 dias, tempo necessário para o conhecimento do perfil do acolhido e a obtenção dos resultados de exames clínicos, garantindo um acolhimento responsável e seguro.

9-“Possui alguma avaliação médica antes deles serem admitidos?”: Antes de serem admitidos, todos os acolhidos passam por uma avaliação médica, que inclui exames de sangue e testes rápidos. Essa etapa visa identificar possíveis doenças transmissíveis, garantindo que a convivência na instituição seja segura para todos, prevenindo o risco de contágio entre os moradores; 10-“Qual o procedimento quando ocorrer Desligamento (alta administrativa) ou fuga?”: O desligamento de um acolhido pode ocorrer em casos de violação das normas internas da instituição. A lista de comportamentos passíveis de desligamento inclui, entre outros, agressões físicas ou verbais, e atitudes incompatíveis com a convivência harmoniosa com os demais moradores. Tais atitudes comprometem o ambiente terapêutico e a segurança de todos. Em situações de fuga, a instituição segue um protocolo de segurança e comunicação imediata com as autoridades competentes para garantir a proteção e o acompanhamento adequado do acolhido;

11-“Como funcionam as visitas de familiares?”: As visitas familiares são permitidas após o segundo mês de tratamento e ocorrem mensalmente, sempre no segundo domingo de cada mês, na própria chácara. Em casos que envolvem a necessidade de suporte médico, a coordenação da fraternidade entra em contato diretamente com a família para que o acolhido seja encaminhado ao atendimento médico necessário; 12-“Como é feito com as despesas?”: A instituição funciona

exclusivamente por meio de doações da comunidade, não possuindo vínculo financeiro com a prefeitura ou outras entidades governamentais. O tratamento oferecido é totalmente gratuito. Para auxiliar nas necessidades diárias dos acolhidos, solicita-se às famílias a contribuição com itens de higiene pessoal, além de consultas médicas e medicamentos, quando necessário.

13-“Como é a infraestrutura da Fraternidade?”: A infraestrutura da fraternidade conta com seis quartos, cada um com capacidade para oito pessoas, equipados com beliches. Há um banheiro compartilhado para os acolhidos, e na parte inferior da casa, encontra-se um grande refeitório com cozinha. A instituição também dispõe de uma capela, além das casas dos missionários e dos freis, que garantem um ambiente adequado para a convivência e a missão pastoral; 14-“Como é a rotina dos moradores?”: Os pilares do trabalho da fraternidade são a oração e a disciplina, que orientam o processo terapêutico. As atividades incluem laborterapia, que desenvolve habilidades práticas através de escalas e turnos; catequese nas quartas-feiras, para fortalecer a fé; terapia psicológica individual e em grupo, realizada às segundas-feiras; atividades esportivas, como futebol nas terças e quintas-feiras; e grupo de orações diário pela manhã, que fortalece os vínculos espirituais e comunitários. Essas ações integradas visam a recuperação espiritual, emocional e física dos acolhidos.

Posteriormente foi desenvolvido um check-list impresso com bases na Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº29/2011 e na Política Nacional de Saúde Mental, para compreender se a instituição estava realizando suas atividades de forma legalizada.

CHECK-LIST	
01	A instituição, oferece serviços assistenciais de saúde ou executa procedimentos de natureza clínica?
02	Possui documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais?
03	Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local?
04	Quem responde pelas questões operacionais durante o período de funcionamento da

	instituição?
05	Os residentes possuem ficha individual? em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.
06	Itens que contempla as fichas: I - horário do despertar; II - atividade física e desportiva; III - atividade lúdico-terapêutica variada; IV - atendimento em grupo e individual; V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; VI - atividade que promova o desenvolvimento interior; VII - registro de atendimento médico, quando houver; VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; XI - atendimento à família durante o período de tratamento. XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e XIII - atividades visando à reinserção social do residente.
07	Possui mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas, associadas ao uso ou privação de SPA, e outros agravos de saúde?
08	As instituições devem possuir os seguintes ambientes: I- Alojamento II- Setor de reabilitação e convivência: III- Setor administrativo: IV- Setor de apoio logístico: a) cozinha coletiva; b) refeitório; c) lavanderia coletiva; d) almoxarifado; e) Área para depósito de material de limpeza; e f) Área para abrigo de resíduos sólidos.
09	As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.
10	Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir: I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência; II - a observância do direito à cidadania do residente; III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados; IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;
11	A instituição indica os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados?

Fonte: Check-list elaborado pelas autoras, 2025

3.4 Perfil dos Usuários

A comunidade terapêutica atendia, naquele momento, 25 homens maiores de 18 anos em processo de reabilitação do uso abusivo de substâncias psicoativas, e sua capacidade máxima é para 30 moradores.

3.5 Definição da Oficina Terapêutica

Após a construção do projeto de intervenção e validação pelos docentes da disciplina que o projeto foi proposto. Foi realizado contato dos alunos com os coordenadores e assistente social da comunidade terapêutica Fraternidade, apresentado-lhes a proposta das oficinas que seriam realizadas.

A dinâmica terá início com uma roda de apresentação entre os moradores, em que cada participante dirá seu nome, idade e responderá à pergunta: “Se você pudesse ser um animal, qual seria e por quê?”. Essa proposta lúdica terá como objetivo promover o autoconhecimento e a reflexão sobre traços da personalidade, desejos e características que cada um valorizará em si ou gostará de desenvolver.

Na sequência, será realizada a atividade denominada "Caixa Surpresa". Ao som de uma música animada, a caixa passará de mão em mão entre os participantes, quando a música parar, quem estiver com a caixa terá duas opções: abri-la ou passá-la adiante. A atividade envolverá um elemento de incerteza e tomada de decisão, incentivando a coragem diante do desconhecido. Um dos internos decidirá encarar o desafio, abrirá a caixa e encontrará chocolates como recompensa, o que simbolizará que, muitas vezes, enfrentar situações incertas trará resultados positivos, reforçando a ideia de que nem todo desafio precisará ser temido ou encarado como algo negativo.

Posteriormente, será aplicada a atividade dos "Balões Amarelos". Serão preparados 40 balões, cada um com palavras escritas do lado de fora representando sentimentos e estados emocionais difíceis, como trauma, medo, dor, tristeza, ansiedade, mágoa, desânimo, angústia, culpa e solidão. Dentro de cada balão, haverá uma mensagem motivacional. Os participantes serão convidados a

escolher um balão que represente um sentimento que desejem superar ou eliminar de suas vidas. Em seguida, deverão estourar o balão escolhido e refletirão sobre a mensagem positiva encontrada em seu interior. Essa dinâmica proporcionará um momento de introspecção e expressão emocional, permitindo que os moradores externalizem dores internas e, ao mesmo tempo, se abram a novas perspectivas e possibilidades de enfrentamento mais saudável.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A saúde mental é um eixo fundamental no processo de reabilitação nas comunidades terapêuticas, especialmente entre pessoas em situação de vulnerabilidade, como os dependentes químicos. Durante a visita técnica realizada em setembro de 2024 à chácara Fraternidade O Caminho, tivemos a oportunidade de conhecer de perto o espaço, acompanhadas pelo Frei Oséias, que respondeu às nossas perguntas sobre o funcionamento, rotina, critérios de admissão e estrutura da instituição.

A partir das observações e do checklist aplicado, percebemos que a chácara atende à maioria dos requisitos sanitários exigidos pela RDC nº 29/2011. No entanto, foi notável a ausência de atendimento médico regular, sendo o suporte limitado a uma psicóloga voluntária, com encaminhamentos externos quando necessário. As atividades oferecidas envolvem cuidados com a chácara e momentos de lazer, mas sentimos falta de oficinas terapêuticas, que são fundamentais no processo de reabilitação emocional.

Em outubro de 2024, realizamos a aplicação das oficinas propostas no projeto integrador com os moradores da chácara. A recepção foi feita pela responsável local e o refeitório foi preparado para as atividades. Iniciamos com uma dinâmica de apresentação, onde os internos se identificaram por nome, idade e o animal com o qual mais se identificavam, estimulando o autoconhecimento e a valorização de suas características.

Em seguida, propusemos a "caixa misteriosa", que abordava o enfrentamento de desafios de forma lúdica e positiva. Um dos moradores participou e recebeu como surpresa chocolates, reforçando a ideia de que nem todo desafio é negativo. Na última atividade, envolveu a eliminação de sentimentos negativos

(medo, tristeza, angústia, entre outros) através da ação simbólica de estourar bexigas, que continham frases motivacionais. Os internos refletiram sobre as emoções que escolheram eliminar e discutiram a sensação de trabalhar essas emoções, com a maioria expressando o desejo de superar traumas e sentimentos negativos.

Encerramos com um café da tarde e um momento de conversa espontânea, onde os moradores relataram histórias pessoais e agradeceram pela presença e carinho do grupo. A experiência foi concluída com a sensação de que, por meio do acolhimento e da escuta ativa, conseguimos transmitir esperança e reforçar a importância da saúde mental no processo de recuperação.

Essa experiência prática não só reforça o aprendizado teórico, como também estimula o desenvolvimento de habilidades como empatia, comunicação assertiva e escuta ativa, fundamentais para o cuidado integral e eficaz. Ao atuarem em contextos tão desafiadores, as estudantes também se tornam mais conscientes sobre o impacto de políticas públicas e da rede de apoio na recuperação dos indivíduos, fortalecendo seu compromisso ético e social com a profissão.

A experiência foi concluída com uma avaliação positiva por parte dos participantes, que reconheceram a importância da saúde mental no processo de reabilitação. Para as estudantes, a intervenção proporcionou aprendizado significativo sobre a prática de territorialização, a importância da comunicação empática e a influência do suporte emocional e social na recuperação dos indivíduos, reforçando o compromisso ético e humano da enfermagem.

4.1 Desafios Encontrados

Durante a elaboração do projeto, houve a dificuldade de encontrar quais legislações que respaldam as comunidades terapêuticas filantrópicas com fins religiosos.

Posterior a aplicação do projeto, o desafio encontrado foi a falta de equipe médica especializada permanente, a CT contava apenas com uma psicóloga voluntária, sem presença fixa de médicos clínicos ou psiquiatras. A fragilidade no suporte interdisciplinar, a falta de profissionais de diferentes áreas (como serviço social, terapia ocupacional, enfermagem especializada, etc.) pode comprometer a reabilitação integral dos acolhidos

Ausência de oficinas terapêuticas estruturadas, embora houvesse atividades como o trabalho rural e o futebol, não existiam oficinas específicas voltadas para a reabilitação emocional e social. Limitações estruturais da instituição, embora a estrutura física tenha sido considerada adequada em muitos pontos do checklist, a dependência exclusiva de voluntários pode gerar vulnerabilidades no serviço prestado.

Desafios de integração dos internos nas atividades propostas, apesar da boa participação, dinâmicas em grupo com pessoas em situação de vulnerabilidade emocional sempre exigem um manejo cuidadoso das emoções, o que foi um desafio para os estudantes em formação.

4.2 Pontos Positivos

Como fortalezas podemos destacar a receptividade da coordenação da Comunidade Terapêutica e o interesse do projeto para a comunidade presente, podendo contribuir para o aprendizado de todos os indivíduos envolvidos.

A aproximação humanizada, pois as atividades foram planejadas com sensibilidade, focando na autoestima, enfrentamento de desafios e motivação dos internos, respeitando a realidade e as limitações do público-alvo.

Além de aplicar as atividades, as alunas foram capazes de avaliar a estrutura da instituição e identificar pontos de melhoria, mostrando amadurecimento profissional. Conseguindo articular o que aprenderam nas disciplinas de saúde mental e políticas públicas com a prática real, fortalecendo seu processo de formação acadêmica.

5. DISCUSSÃO

A intervenção realizada na Comunidade Terapêutica Fraternidade o Caminho permitiu às graduandas de Enfermagem vivenciarem, de forma prática, aspectos fundamentais do cuidado em saúde mental de indivíduos em processo de reabilitação de dependência química. A realização de atividades lúdicas e educativas, como as dinâmicas da caixa surpresa e dos balões amarelos, demonstrou ser uma estratégia eficaz para trabalhar sentimentos, desenvolver

autoestima e promover a reflexão entre os internos sobre seus processos emocionais.

A abordagem adotada no projeto está alinhada às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que enfatizam a importância da reinserção social e do cuidado integral (Brasil, 2011b). As dinâmicas propostas favoreceram a expressão de sentimentos reprimidos, aspecto fundamental para a recuperação, uma vez que sentimentos como medo, culpa e tristeza estão intimamente associados à manutenção do comportamento adictivo (Ruzzi-pereira, 2020).

A visita técnica e o levantamento de informações por meio de entrevista e check-list, baseados na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 30 de junho de 2011, possibilitaram uma avaliação crítica da estrutura e do funcionamento da instituição. Observou-se que, em sua maioria, a unidade cumpre os requisitos de segurança sanitária previstos na legislação vigente (Brasil, 2011a).

Contudo, foi possível identificar fragilidades, especialmente no que se refere à ausência de atendimento médico regular, tanto clínico quanto psiquiátrico, sendo o suporte restrito à atuação de uma psicóloga voluntária. Esta realidade evidencia uma lacuna no cuidado integral, pois, segundo a RDC nº 29/2011, a equipe técnica mínima deve ser suficiente para atender às necessidades dos acolhidos de forma contínua.

Outro aspecto relevante foi a carência de oficinas terapêuticas na instituição. Atividades estruturadas, como oficinas de arte, música, ou terapia ocupacional, são reconhecidamente importantes para o fortalecimento da autoestima, aquisição de habilidades sociais e manutenção da abstinência (Brasil, 2011b). A ausência dessas práticas limita as possibilidades de ressignificação da trajetória dos internos e sua reinserção social plena.

A vivência prática propiciada pelo projeto de intervenção contribuiu significativamente para o processo formativo dos estudantes de enfermagem, fortalecendo habilidades como empatia, comunicação assertiva e escuta ativa, competências essenciais para a atuação em saúde mental. Além disso, reforçou a compreensão da importância da territorialização e da construção de vínculos para o

cuidado em saúde, aspectos destacados como fundamentais nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2017).

Embora o projeto tenha alcançado seus objetivos iniciais, reconhece-se que intervenções pontuais, como as realizadas, não substituem a necessidade de projetos contínuos e articulados com a rede de atenção à saúde. A experiência reforça a necessidade de políticas públicas que garantam recursos humanos e materiais adequados para as comunidades terapêuticas, possibilitando uma atenção integral e resolutive.

Para futuras intervenções, recomenda-se a inclusão de atividades terapêuticas permanentes, oficinas educativas e a articulação com serviços da RAPS, visando fortalecer o cuidado interdisciplinar e ampliar a autonomia dos internos. A continuidade dessas ações potencializa o impacto positivo sobre a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos em recuperação.

Por fim, a experiência permitiu aos estudantes compreenderem, na prática, que o cuidado em saúde mental transcende o tratamento de sintomas e envolve a acolhida, a promoção da autonomia e a construção de novos projetos de vida para os indivíduos em situação de vulnerabilidade.

6. CONCLUSÃO

Compreender o funcionamento e a dinâmica das Comunidades Terapêuticas no contexto das RAPS é essencial para fortalecer o cuidado integral às pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. As CT são espaços de acolhimento que oferecem suporte psicossocial e intervenções voltadas à promoção da autonomia e reinserção social dos usuários. Dentro da RAPS, elas complementam os serviços oferecidos por dispositivos como os CAPS-AD (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), funcionando como alternativas de apoio em casos onde a vulnerabilidade e os riscos exigem uma abordagem mais intensiva e protegida.

A integração das CT na RAPS, contudo, demanda atenção às diretrizes éticas e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como o respeito aos direitos humanos e a garantia de práticas baseadas em evidências. Essa articulação requer que atuem em parceria com outros componentes da rede, promovendo fluxos assistenciais contínuos, evitando abordagens isoladas e priorizando ações que fortaleçam o vínculo com os serviços comunitários. Logo, ao alinhar suas práticas com o cuidado territorial e a lógica de redução de danos, as CTs podem se consolidar como instrumentos valiosos na ampliação do acesso e na qualificação do atendimento às pessoas em situações de vulnerabilidade.

Foi possível observar o quanto o cuidado à saúde mental é importante, desde a promoção para que outras pessoas não entrem pelos caminhos do álcool e drogas, no processo de cura do vício e também na pós internação, a fim de que não haja recaídas dos mesmos. As atividades desenvolvidas demonstraram que abordagens humanizadas, baseadas na escuta ativa, na empatia e no estímulo à reflexão sobre sentimentos e comportamentos, são fundamentais para o êxito dos processos terapêuticos. A experiência prática também permitiu identificar fragilidades estruturais da instituição, como a ausência de atendimento médico contínuo, do acolhimento de um psicólogo para auxiliar nos processos de reabilitação, e a carência de oficinas terapêuticas, aspectos que impactam diretamente na qualidade da atenção prestada.

Além disso, o projeto ressalta a importância da atuação interdisciplinar e da articulação com a RAPS, elementos indispensáveis para a efetivação de um cuidado integral e resolutivo. A vivência reforçou a necessidade de políticas públicas mais efetivas para o fortalecimento das CT e para a promoção da saúde mental de indivíduos em situação de vulnerabilidade.

A realização do projeto de intervenção na Comunidade Terapêutica Fraternidade o Caminho proporcionou aos estudantes de Enfermagem uma oportunidade única de integrar teoria e prática, reforçando a importância do cuidado em saúde mental no contexto da reabilitação de dependentes químicos. Portanto, conclui-se que a prática desenvolvida não apenas contribuiu para o crescimento acadêmico e profissional das estudantes, mas também evidenciou o papel transformador da enfermagem na promoção da saúde mental, no fortalecimento dos vínculos sociais e na ressignificação de trajetórias de vida. A continuidade de

projetos semelhantes é essencial para a formação de profissionais mais sensíveis, éticos e comprometidos com a transformação social.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. M. DE .; MIRANDA, F. A. N. DE.. **Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares.** Escola Anna Nery, v. 15, n. 2, p. 339–345, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>. Acesso em: 01 mai. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 jul. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 19 ago. de 2024.

BRASIL. **Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, 16 de dezembro de 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp187.htm. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, p. 2 Brasília, 23 de agosto de 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 20 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 ago. 2024.

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). Diário Oficial da União: seção 1, p. 68. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de atenção Psicossocial.** Gov.br, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 21 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental.** Portal Gov.br, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 20 ago. 2024.

HIRDES, A.. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 297–305, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>. Acesso em: 01 mai. 2025.

RUZZI-PEREIRA, Andrea; SICCHIERI, Eduardo Felipe; SANTOS, Jair Licio Ferreira. Autoestima e risco para uso de drogas entre adolescentes escolares de um município mineiro. **Conhecimento & Diversidade**, v. 12, n. 28, p. 175-191, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18316/rcd.v12i28.6864>. Acesso em: 25 ago. 2024.
Uni-FACEF CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA

OS IMPACTOS DA ATIVIDADE FÍSICA NOS EFEITOS PSICOFISIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO

Maria Theresa Simeda Faria Perin

Valéria Beghelli Ferreira.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano apresenta diversos humores em seu cotidiano, este é conhecido como o “estado de espírito”, o qual contém intensidades variáveis, as quais imprimem graus de disposição e bem-estar tanto psicológicos, quanto emocionais. Logo, esses conduzem as atitudes de um indivíduo na sociedade e a sua perturbação pode ser a causa de doenças (Zilles, 2003).

Seguindo essa linha de raciocínio, segundo Freitas e Py (2022), há temperamentos e aspectos que podem ser observados durante uma consulta de saúde no exame do Estado Mental, teste o qual avalia a função cognitiva e identifica funções que precisam ser investigadas. Assim sendo, certos aspectos como aparência abatida, falta ou pouco contato visual, atividade psicomotora diminuída ou aumentada, fala lenta e monótona, tempo de pausa de fala, expressão afetiva branda e restrita, anedonia, anormalidades de sono, apetite ou do comportamento sexual e pensamentos negativos são sintomas característicos dos transtornos de humor, principalmente, a depressão (Hales; Yudofsky; Gabbard, 2012).

A princípio, a investigação de um episódio depressivo integra a análise da duração da intensidade dos sinais e sintomas. O posterior diagnóstico do transtorno depressivo maior requer a persistência dos sintomas por duas semanas com a presença de pelo menos um sintoma de humor deprimido ou perda do prazer, junto a outros quatro sintomas requeridos nos critérios do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. Todavia há situações que são relatadas por um tempo menor, então são denominados depressão breve recorrente. Ademais, esse transtorno pode ser qualificado em subtipos, por exemplo, o transtorno distímico ou

depressivo menor em casos nos quais os sintomas presentes são leves e persistem por mais de dois anos com um período livre de sintomatologia de dois meses a cada ano (Hales; Yudofsky; Gabbard, 2012).

Em relação as funções normais do encéfalo humano, estas exigem um conjunto coordenado de reações químicas associadas às transmissões sinápticas e à síntese, empacotamento vesicular, receptação, degradação e ação dos neurotransmissores de um terminal pré-sináptico que contenha a elevação transitória da concentração de um neurotransmissor na fenda sináptica e sendo encaminhado ao neurônio pós-sináptico, o qual faz a geração de sinais elétricos e bioquímicos. Dessa forma, denota-se que os humores e comportamentos característicos da depressão são determinados pelo funcionamento da rede de transmissão sináptica por meio dos neurotransmissores (Bear; Connors; Paradiso, 2017).

Nesse sentido, após compreender-se que há mecanismos psicofisiológicos encefálicos envolvidos nos humores, sabe-se que na depressão há o envolvimento do distúrbio neuroquímico, envolvidos na diminuição de concentração de serotonina e noradrenalina na fenda sináptica, logo sendo imprescindível ressaltar de que maneira a atividade física pode repercutir importantes impactos no tratamento desse distúrbio.

Sabe-se que ao longo da vida, novos neurônios são continuamente adicionados ao giro denteado, região do cérebro pertencente ao sistema límbico e associado às emoções e à memória (Machado; Haertel, 2014). Ademais, estudos correlacionam a incidência do estresse com a restrição da neurogênese em macacos, dessa maneira é proposto que são necessários novos neurônios no cérebro de um indivíduo adulto, para que ocorra o controle apropriado do humor, assim como a eficácia do uso de antidepressivos. Para mais, a neurogênese diminui com a idade, enquanto a incidência da depressão prevalece com o avançar da idade. Logo, com o intuito de estimular células-tronco neurais a diferenciarem-se em novos neurônios é aconselhável a prática de atividades (Anibal; Romano, 2017).

Da mesma maneira, Guyton (2021) ressalta que o esporte concede benefícios anatômicos, cardíacos, respiratórios em razão do grande uso de carboidratos pelos músculos nas fases iniciais do exercício, utilizando-se das

reservas de glicogênio muscular e hepático, convertidas em glicose na corrente sanguínea e utilizadas como fonte de energia.

De modo geral, as práticas de atividade física quanto mais cedo forem incentivadas e se tornarem um hábito, maiores serão os benefícios para a saúde. E uma forma dessas atividades serem influenciadas no cotidiano é por meio da adoção de grupos de caminhadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias Saúde e Família (ESF), uma vez que essas instituições desempenham o papel da promoção de saúde, prevenção de agravos, facilitação de acesso a informação, programas e a criação de medidas que para o bem-estar físico, mental, espiritual e social, os quais determinam o conceito de saúde, que é o dever das UBS's e ESF's de sucederem em seus territórios (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

2. DEPRESSÃO

A depressão é a perturbação ou transtorno multifacetado, o qual manifesta-se em qualquer período da vida, ocasionando um custo pessoal e social e, futuramente, implica riscos aos comportamentos autodestrutivos (Barroso; Oliveira; Andrade, 2019).

A depressão é um transtorno comum, mas sério, que interfere na vida diária, capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos (Organização Pan-Americana de Saúde, 2024, n.p.).

Ainda segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a depressão é um transtorno mental comum em todo o mundo e acomete, atualmente, 300 milhões de pessoas, 1 a cada 4 pessoas, nas Américas, apresentam alguma doença mental. Outrossim, 800 mil pessoas morrem ao ano por suicídio, uma das consequências mais prejudiciais da depressão, entre eles adolescentes e jovens adultos entre 15 e 29 anos de idade. Por ser uma enfermidade com elevada incidência no mundo atual, ainda assim, menos de 10% da população mundial recebe a medicação, tratamento multidisciplinar e acompanhamento adequados, o que justifica a mortalidade e seu caráter de ser subdiagnosticada.

2.1 Processos Psicofisiológicos da Depressão

A princípio, as teorias dos transtornos do humor centram seu foco em distúrbios neuroquímicos das monoaminas. A serotonina, sintetizada pelo triptofano e metabolizada por monoaminoxidase (MAO). Essa serotonina apresenta receptores 5-HT₂, 5-HT₄, 5-HT₆ e 5-HT_{2C} encontrados pré-sinápticamente regulando sono, dor, função sexual e o apetite. Todavia, variações na região promotora do gene da serotonina, em seu alelo curto pode ser um fator predisponente à depressão em combinação a fatores precipitantes estressores ambientais (Hales; Yudofsky; Gabbard, 2012).

Para Hales; Yudofsky e Gabbard (2012), o sistema dopaminérgico desempenha um papel crucial na regulação do humor e nas emoções, especialmente nos processos relacionados à recompensa e motivação. A desregulação da dopamina (DA) tem sido implicada tanto na depressão quanto na mania, devido à sua função no processamento da recompensa. Para os autores, na depressão, a liberação inadequada ou insuficiente de DA pode resultar em uma diminuição da motivação e prazer nas atividades diárias, características típicas deste transtorno. Além disso, a ativação das vias dopaminérgicas mesolímbicas e mesocorticais pode afetar negativamente a percepção de recompensa, contribuindo para os sintomas de anedonia. Dessa forma, os tratamentos farmacológicos que visam restaurar a função dopaminérgica podem ser exploradas como uma abordagem para a depressão (Hales; Yudofsky; Gabbard, 2012).

Dando continuidade, Pavei et al. (2024) complementam que a dopamina é sintetizada por neurônios da substância nigra (SN) e da área tegmental ventral, localizados no mesencéfalo. As mesmas contêm vias dopaminérgicas, sendo a mais importante a mesolímbica, a qual está associada a comportamentos motivados pela recompensa cujo ativa o sistema de recompensa do cérebro. Não obstante, essa cascata do sistema de recompensas depende da interação das vias dopaminérgica, serotoninérgica, endorfinérgica e GABAérgica (Pavei et al., 2024).

Em adição, Silva, G. et al. (2024) destacam que hormônios exógenos, como o estrogênio e o hormônio tireoidiano, têm efeitos que podem influenciar o humor e a regulação emocional. O estrogênio, por exemplo, tem um papel importante na modulação do sistema nervoso central, afetando a síntese e a liberação de neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina, que são diretamente envolvidos no desenvolvimento de quadros depressivos. De forma similar, os

autores destacam que a disfunção na produção de hormônio tireoidiano pode contribuir para sintomas depressivos, já que a tireoide regula várias funções fisiológicas, incluindo o metabolismo e a energia, e sua alteração pode afetar o humor e o bem-estar geral. Além disso, o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HHA), que controla a liberação de cortisol, está estreitamente relacionado à depressão. A hiperatividade deste eixo, resultando em níveis elevados de cortisol, está presente em muitos pacientes com depressão maior e pode levar a alterações em processos como neurogênese e resposta ao estresse (Silva, G. et al., 2024).

2.2 Neurotransmissores

À vista disso, Machado e Haertel (2014) apontam que o tecido nervoso é formado por dois tipos celulares: os neurônios e as células gliais (ou neuroglia). O primeiro, apresenta a função de captar, processar e enviar as informações. São células facilmente excitáveis e que mantem uma comunicação entre si utilizando a linguagem elétrica, alterando potências. Além disto, é constituído por corpo, o local receptor de estímulos, dendritos, especializados em traduzir sinapses em alterações de potencial de repouso da membrana e o axônio, que estabelece conexões com outros neurônios ou células efetoras (Machado; Haertel, 2014).

As células gliais desempenham uma função ativa na atividade neural, até mesmo para modular as atividades dos neurotransmissores (Monteiro, 2024). Neste sentido, compreender mais a fundo a função das células gliais nos processos dos neurotransmissores é primordial, o excesso ou a insuficiência de neurotransmissores estão associados a transtornos psicológicos.

Outrossim, a fim de que sejam enviadas as informações dos estímulos externos é preciso que os neurônios operem suas atividades elétricas, a qual atua a partir da membrana plasmática e sua composição iônica. Assim, no citoplasma é possível encontrar o íon orgânico potássio (K^+) com carga negativa, já no meio extracelular há o predomínio de sódio (Na^+) e cloro (Cl^-). Uma vez que o seu predomínio no meio interno ou externo determina o potencial de ação da membrana. Deste modo, a despolarização é um fenômeno excitatório e reduz a carga negativa no citoplasma, enquanto a hiperpolarização é inibitória (Machado; Haertel, 2014).

Avançando na mesma linha de raciocínio, as terminações axônicas conectam neurônios, passando informações. Logo, no local onde vinculam-se recebe a nomenclatura sinapses interneuronais (Machado; Haertel, 2014). Para Guyton e Hall (2021), as sinapses podem ser distribuídas em elétricas e as químicas, cuja comunicação neuronal ocorre por neurotransmissores, é a mais prevalente no sistema nervoso humano (Guyton; Hall, 2021).

Conforme estabelecido por Barlow (2015), nos locais onde há conexões entre os neurônios não ocorre vínculo “tátil”, não obstante existe um pequeno espaço para o impulso passar, esse local denomina-se fenda sináptica. Nesse local substâncias bioquímicas são liberadas e são consideradas essenciais para que sejam explicados os comportamentos e sensações (Monteiro, 2024).

Para Machado e Haertel (2014) os neurotransmissores são liberados nas sinapses a partir de um elemento pré-sináptico e ligam-se aos receptores específicos na célula pós-sináptica, conseqüentemente, propagando sinais nervosos (Machado; Haertel, 2014).

A serotonina, um dos neurotransmissores mais relevantes no controle do humor, sono e comportamento emocional, tem sua influência fundamental, mas também seus níveis alterados desempenham um papel na modulação do bem-estar mental (Raimundo et al, 2017).

Por conseguinte, Barlow (2015) ressalta que a serotonina, nas vias de dor, atua de forma inibitória das vias na medula e associa-se com alterações de comportamento, humor, ansiedade, agressividade, depressão, sono, fadiga e supressão de apetite. Há em torno de seis circuitos principais de serotonina que se propagam do mesencéfalo e dão voltas em várias partes. Alguns deles terminam no córtex, o que leva a acreditar na influência da serotonina em nosso comportamento, no processamento de informações, humor e pensamentos.

Em complemento, outro mediador é a dopamina que está implicada na esquizofrenia e em transtornos aditivos. Mas há pesquisas as quais indicam que pode ter papel significativo na depressão (Barlow, 2015), uma vez que pode ser considerada como um interruptor que ativa diversos circuitos cerebrais associados a comportamentos. Pois ativado pode inibir ou facilitar a expressão de emoções e comportamentos. Logo, estes circuitos, em diversos pontos, se cruzam com os

circuitos da serotonina, o que favorece o aumentando do potencial de influência nos comportamentos.

Por fim, o Glutamato e o GABA, que de acordo com Barlow (2015, p. 48), são neurotransmissores da categoria de aminoácido e influenciam muito nos afazeres. O primeiro, glutamato, é um transmissor excitatório que “ativa” muitos neurônios, conduzindo a ação. Um segundo tipo de transmissor aminoácido é o ácido gama-aminobutírico, denominado também pela sigla GABA, um neurotransmissor inibitório. Assim, é possível afirmar que o GABA tem potencial para inibir a transmissão de informações ao contrário do glutamato, eles funcionam como uma gangorra e o principal objetivo é o equilíbrio entre si (Barlow, 2015).

3. ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física pode ser conceituada como uma conduta em que contempla inúmeros movimentos corpóreos e que inclui um gasto de energia acima do nível gasto em repouso e que resulta em interações sociais, ambientais e culturais. Está é possível ser vivenciada ao deslocar-se em uma caminhada casual, ao trabalhar, ao estudar, ao operar tarefas domésticas, entre outros. Portanto, envolve qualquer atividade que pode ocorrer no cotidiano populacional (Brasil, 2021).

Além do mais, é essencial reconhecer a distinção entre palavras tão comumente explanadas, visto que a atividade física e o exercício físico usualmente são referenciados como sinônimos. Dessa maneira, como já estabelecido a atividade física envolve a relação das atividades cotidianas. Por outro lado, o exercício físico é preparado com a finalidade de aprimorar as capacidades físicas, estruturas musculares, flexibilidade e equilíbrio, sendo, geralmente, orientado por um profissional de educação física (Brasil, 2021).

3.1 Processos Psicofisiológicos da Atividade Física

Conforme abordado por Guyton e Hall (2021), o trifosfato de adenosina (ATP) é a principal fonte de energia utilizada para a contração muscular, liberando

mais de 7.300 calorias ao perder um radical fosfato. Essa liberação ocorre conforme a necessidade energética do corpo. Ao passo que é removido o primeiro fosfato, a molécula de ATP é convertido em difosfato de adenosina (ADP), assim como a remoção do segundo fosfato transforma-o em monofosfato de adenosina (AMP). Por conseguinte, durante a atividade física há a constante quebra e renovação de ATP para sustentar o desempenho muscular.

Outrossim, de acordo com Guyton e Hall (2021), o sistema glicogênio-ácido láctico é uma via rápida de obtenção de energia, na qual o glicogênio muscular é convertido em glicose, e por meio da glicólise anaeróbica, gera ATP sem a necessidade de oxigênio. De início, cada molécula de glicose é dividida em duas moléculas de ácido pirúvico, liberando energia para que seja formado quatro moléculas de ATP a cada molécula original de glicose. Por conseguinte, a ausência de oxigênio, o ácido pirúvico é convertido em ácido láctico, que é transportado para o líquido intersticial e ao sangue (Guyton; Hall, 2021).

Para Mello et al. (2005), a intensidade do exercício físico desempenha papel crucial na melhora do sono e em alterações hormonais. Estudos mostram que indivíduos ativos possuem sono de melhor qualidade em comparação aos sedentários, com benefícios como menor cansaço diurno e maior disposição para exercícios. O sono profundo, especialmente o estágio 4 do sono de ondas lentas, essencial para a reparação fisiológica, é ampliado devido ao aumento do gasto energético durante a vigília, promovendo um sono mais profundo e restaurador (Mello et al., 2005).

3.2 Diferentes Tipos e Intensidades de Atividade Física

Destaca-se que a intensidade de uma atividade física pode ser avaliada por diversos métodos, sobretudo, pelos sinais vitais. Dessa maneira, Guyton e Hall (2021) apontam que o débito cardíaco, volume de sangue ejetado pelo ventrículo esquerdo, aumenta com o trabalho realizado pela musculatura corporal em atividades físicas, pois eleva-se o consumo de oxigênio, este por sua vez dilata os vasos musculares, propiciando o aumento do retorno venoso e o débito. Além disso, há uma elevação da temperatura e da transpiração devido a dissipação de

calor necessária, pois ocorre a conversão da energia dos nutrientes em trabalho muscular e seu excedente torna-se calor (Guyton; Hall, 2021).

Em razão disso, à medida que o débito cardíaco eleva-se há mudanças no volume sistólico, volume de sangue bombeado pelo ventrículo esquerdo, de 105 para 162 mililitros, que corresponde a 50% de elevação. Por conseguinte, a frequência cardíaca altera-se de 50 a 185 batimentos/ minutos (Guyton; Hall, 2021).

3.3 Atividade Física e Depressão

Atualmente, a depressão ou transtorno depressivo maior (TDM) é uma das enfermidades etiológicas que mais causam inabilidade psíquica e física em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde, 2017). Não obstante, segundo Luan et al. (2019) ressaltam que, de forma contínua, deve-se ser aderida a prática regular de exercícios físicos, a qual é reconhecida na literatura científica como uma estratégia não-farmacológica para o tratamento e prevenção de doenças, seja as de caráter estrutural, físico, metabólico e psicológico.

Guo et al (2024) complementam que fatores psicossociais desempenham um papel fundamental nos efeitos antidepressivos da atividade física. Para os autores, a interação social que pode ocorrer durante os exercícios em grupo pode ajudar a reduzir o isolamento social e fortalecer o desenvolvimento e criação de vínculos sociais, cujo fatores são protetores contra a depressão.

Além do mais, a prática de atividade física revelou-se eficaz para saúde mental, por meio da liberação de endorfinas e serotonina que desempenham um papel na regulação do humor e sensação de bem-estar. Para complementar, em casos de déficit na transmissão da serotonina no sistema nervoso central a atividade física pode acarretar a produção de serotonina, logo causando um efeito antidepressivo futuro (Souza et al., 2024).

Outro fator a ser destacado, são os exercícios aeróbios que se têm mostrado mais potentes na saúde física e mental, uma vez que, agudamente ele é capaz de diminuir a ansiedade e a pressão arterial em comparação aos não aeróbios (Araujo, et al., 2007).

Diante disso, Naci e Ioannidis (2015) recomendam outras formas de tratamento em associação com a medicação, como a prática de atividade física, assim como, em efeitos similares ao uso de remédios e terapias. De acordo com Hammer (2012), os exercícios físicos estão ligados a melhoria de fatores de crescimento corporais, como o fator neurotrófico cerebral (BDNF), o qual tem por função intermediar efeitos de proteção e terapêuticos na depressão, logo instaurando uma ótima maneira de prevenir e combater o transtorno depressivo.

4. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

No Brasil, a saúde é um direito garantido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi criado a fim de promover a justiça social e superar as desigualdades na prestação de serviços à saúde da população. Assim, o SUS é uma política de Estado que fortalece os direitos sociais e a plena cidadania (Ministério da Saúde, 2023).

De acordo com o Ministério da Saúde (2025), a Atenção Primária à Saúde (APS) consiste na preferencial porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS. Ela está fundamentada em alguns princípios que orientam o seu funcionamento e operação em saúde no Brasil. Entre eles a universalidade, a acessibilidade, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização e a equidade. A partir de seus atributos essenciais, a Atenção Básica deve focar sua atenção sobre a pessoa, não direcionada para a doença, mas para ações que visam modificar o processo saúde-doença (Brasil, 2023).

4.1 Cuidado da Depressão na Atenção Básica

A questão central abordada nas diretrizes da Políticas Públicas de Saúde ressalta que no Brasil a assistência a população com doenças crônicas é realizada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária em Saúde (APS), inclusive evidencia-se que os empecilhos mais comuns na APS são de saúde mental, assim como de doenças crônicas (Brasil, 2025).

Além do mais, a rede de saúde também disponibiliza o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que tem assumido um papel estratégico nas novas práticas de cuidado e acolhimento dos pacientes da saúde mental. No entanto, a função do CAPS como organizador da rede local de saúde mental ainda é um objetivo distante em nível nacional, dado que, na prática, ele é com frequência reconhecido apenas como um local destinado ao tratamento da doença ou transtorno mental (Moliner; Lopes, 2013).

4.2 Ações de Atividade Física como Cuidado em Saúde

O Ministério da Saúde (Brasil, 2022) declara que as atividades de promoção de saúde para ações de atividade física têm de serem protagonizadas, previstas e programadas dentro das instituições de Atenção Primária, segundo as necessidades e as condições do território em que se encontra.

Para tanto, o Ministério da Saúde promulgou em 2024 o guia técnico “Incentivo de atividade física na Atenção Primária à Saúde: orientações técnicas para implementação e registro das ações de atividade física”. Nesse, é possível observar o apoio explícito ao estilo de vida ativo por meio da apresentação dos princípios para a inserção de ações de atividade física na APS (Ministério da Saúde, 2024).

Outrossim, o Programa Academia de Saúde (PAS) é um dos projetos de saúde com maior viabilidade à comunidade onde está situada e essa proposta foi inaugurada em 2011, a qual funciona como uma estratégia de promoção e produção de saúde, além do mais essa iniciativa pode funcionar de forma articulada com a Estratégia Saúde de Família, pois integra a rede de Atenção Primária à Saúde. Portanto, além de facilitar a estilo de vida ativo, trabalha em vínculo com APS a qual acompanha de forma longitudinal os seus pacientes (Ministério da Saúde, 2025).

5. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

É perceptível que no decorrer da procura de informações científicas e atualizadas o trabalho aprimorou suas temáticas tanto conceituais, quanto às

justificativas, apresentando maior especificidade a respeito das temáticas centrais, entre elas: o transtorno depressivo, a atividade física e a Atenção Primária à Saúde.

A princípio, a reunião junto à orientadora coadjuvou o planejamento para a seletiva de referências, a inscrição em cursos e eventos científicos abrangentes do assunto do projeto, os quais foram imprescindíveis para a compreensão da prática profissional em saúde entre pacientes depressivos, tendo como foco a identificação e aplicação do tratamento por métodos não convencionais.

De igual forma, no decorrer da produção escrita foi possível acompanhar profissionais médicos de distintas áreas de atuação. Como resultado dessas experiências de aperfeiçoamento profissional foi factível presenciar casos que continham etiologia e implicações referentes ao conteúdo do trabalho, assim como foi possível presenciar o formato dessas intervenções terapêuticas, com ênfase na prática de atividade física, na Atenção Primária de Saúde (APS). Portanto, assim foi possível confirmar, até o momento, a relevância e a magnitude do plano de pesquisa nas condutas da prática médica ambulatorial.

Por outro lado, é cabível salientar a percepção concebida após a leitura de artigos e materiais disponibilizados pelo próprio Ministério da Saúde do Brasil, de se reconhecer como a proatividade dos profissionais de saúde, inseridos na APS, se torna vital para a concretização de medidas terapêuticas em saúde física e mental. Dessa maneira, nesta pesquisa científica identifica-se a robustez das fiscalizações a esses serviços, a fim de que mais atividades ao público sejam presentes e efetivas e seja obtido evoluções patogênicas positivas aos pacientes.

Diante dos conhecimentos adquiridos, tanto de forma escrita e prática, é válido declarar o próspero progresso da pesquisa. Conhecimentos teóricos estão sendo aprofundados e conectados aos da visão prática do objeto de discussão.

A pesquisa está em andamento, na fase da discussão, onde se pretende responder as perguntas norteadoras que irão dar um embasamento teórico ainda mais profundo integrando o tema de acordo com os objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

ANÍBAL, Cíntia. ROMANO, Luis Henrique. *Relações entre atividade física e depressão*. Revista Saúde em Foco – Edição nº 9 –2017.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia**: uma abordagem integrada. Tradução da 7ª edição norte-americana. Tradução: Noveratis do Brasil. Revisão técnica: Thais Cristina Marques dos Reis. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

BARROSO, Sabrina Martins; OLIVEIRA, Nadyara Regina de; ANDRADE, Valéria Sousa de. Psicologia: Teoria e Pesquisa. *Solidão e Depressão: Relações com Características Pessoais e Hábitos de Vida em Universitários*, Uberaba, v. 35, p. 10, fev. 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ptp/a/gb4WHV8F5XW7XmrjyC5gPfg/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 7 jun. 2024.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. *Neurociências Desvendando o Sistema Nervoso*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HALL, John E.; HALL, Michael E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

HAMMER, M. **Psychosocial stress and cardiovascular disease risk: the role of physical activity**. American psychosomatic society, v 74, n. 9, p 896-903, 2012.

LUAN, Xin; TIAN, Xiangyang; ZHANG, Haixin; HUANG, Rui Huang; CHEN, Peijie; WANG, Ru. Journal of Sport and Health Science. *Exercise as a prescription for patients with various diseases*, v. 8, p. 430, 18 abril 2019. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6742679/pdf/main.pdf>. Acessado em: 18 de julho de 2024.

LOPES, Hélida Sammara de Carvalho Lopes; ANDRADE, Maria Victória Araújo de; ALVES, Stephanie Cassiano de Oliveira; MUNIZ, Jéssica dos Santos Muniz; SILVEIRA, Viviane Almeida da. **Revista Ibero-Americana de Humanidade, Ciências e Educação**. *O uso de inibidores seletivos da receptação de serotonina no tratamento da depressão maior uma revisão bibliográfica*. São Paulo, v.10, n. 08, p. 340, ago. 2024. Disponível em:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15009/7865>. Acesso em: 18 set. 2024.

MACHADO, Angelo; HAERTEL, Lucia Machado. *Neuroanatomia Funcional*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

MACHADO, L. V.; FACCI, M. G. D.; BARROCO, S. M. S. Teoria das emoções em Vygotski. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 647-657, out./dez. 2011.
MELLO, M. T. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos.

MONTEIRO, Cliciane da Silva. Research, Society and Development. *Sistema nervoso central, neurotransmissores e a psicopatologia: um recorte*. Centro Universitário Alves Faria, Brasil, v. 13, n. 9, p. 3-13, set. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/384206792_Sistema_nervoso_central_neurotransmissores_e_a_psicopatologia_Um_recorte. Acesso em: 23 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) no Brasil: Programa Saúde com Agente**. E-book 6. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

_____. *Exercício físico x atividade física: você sabe a diferença?* Ministério da Saúde, 26 ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/exercicio-fisico-x-atividade-fisica-voce-sabe-a-diferenca>. Acesso em: 4 dez. 2024.

_____. **Ministério da Saúde. Planejamento terapêutico**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/>. Acesso em: 22 jan. 2025.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 maio 2022. Seção 1, p. 120.

MOLINER, J. de; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Gestão do Trabalho**, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Artigo realizado com base na dissertação de mestrado do programa de Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Disponível em: jumoliner@yahoo.com.br. Acesso em: 21 jan. 2025.

NACI H.; IOANNIDIS J. P. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. **Br J Sports Med.**; v. 49, n. 21, 2015. Doi: 10.1136/bjsports-2015-f5577rep. PMID: 26476429; PMCID: PMC4680125.

OLIVEIRA, Victor Alves De; GOMES, Luma Meireles Dias; FREITAS, Pedro Henrique Carvalho; SILVA, Rafael Queiroz; FERREIRA, Juliana Barros. Research, Society and Development. *Benefícios da prática regular da atividade física no tratamento da depressão: Uma revisão narrativa da literatura*, Santo Agostinho da Vitória da Conquista, v.13, n.5, p. 2-3 maio 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/380859227_Beneficios_da_pratica_regular_da_atividade_fisica_no_tratamento_da_depressao_Uma_revisao_narrativa_da_literatura. Acesso em: 15 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **Depressão**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 7 jun. 2024.

O significado do humor. *Revista FAMECOS*, Porto Alegre, nº22, p. 83, dez. 2003. Edição quadrimestral. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistafamecos/article/view/3239/2499>. Acesso em: 20 de abril 2025.

RAIMUNDO, A. K. de S.; SOUSA, L. A.; SILVEIRA, A. F. R.; CEQUEIRA, M. C. D.; RODRIGUES, J.; DINI, P. D. Fisioterapia em Movimento. *Dosagem de serotonina sistêmica após aplicação da eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS)*. Brasília, v. 22, n. 3, jul. 2009. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/19459>. Acesso em: 17 jan. 2025.

SILVA, G. et al. Brazilian Journal of Health Review. *O estado de ânimo como fonte de desequilíbrio hormonal em mulheres estudantes de medicina no Paraguay*, Curitiba, v.7, n. 4, p. 01-11, jul ago. 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n4-081.

SOUZA, A. M. et al. Corpo em movimento, mente em equilíbrio: O papel da atividade física no tratamento da ansiedade e da depressão. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, p. 2332-2345, 16 out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p2332-2345>. Acesso em: 3 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/. Acesso em: 14 dez. 2024.

REINVENTANDO CICLOS: a Integralidade do Cuidado à Mulher 50+

Everson Ribeiro da Silva
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
everribeiro27@gmail.com

Isadora Neves Fidelis
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
isanf35@gmail.com

Luis Fernando de Araújo Silva
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
l45104791@gmail.com

Sara da Silva Rodrigues Oliveira
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
sararodriguesmedfranca22@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos
Doutora em ciências- EERP
Docente do Departamento de Enfermagem e
Medicina– Uni-FACEF
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O processo de evolução histórica para ações em saúde voltadas à saúde da mulher mudou ao passar do tempo no escopo da saúde pública, isto é, anteriormente, programas de saúde para este grupo alvo eram voltadas à questões materno-infantis, desconsiderando outras necessidades vitais para a plena qualidade de vida das mulheres. Nesse sentido, é preciso compreender a necessidade de políticas voltadas a esse grupo, que possibilitem um modelo de saúde equânime e integral, visando a promoção em saúde para atender as variáveis que envolvem a saúde da mulher em cada ciclo vital e não apenas as questões reprodutivas. (FERREIRA e SANTOS, 2023).

Assim sendo, no início do século XX é pautado e estabelecido questões importantes na assistência física e ginecológica da mulher por meio da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM) cuja qual foi criada em 2004, compreendendo que há outras demandas a serem atendidas pensando na saúde da mulher tais como sociais, culturais, étnicas, reprodutivas e ginecológicas como menopausa e climatério. Neste caso, para que seja executada a política supracitada vale dizer a importância do profissional

enfermeiro como sujeito promotor de ações em saúde principalmente no contexto da Atenção Primária à Saúde onde esse profissional pode integrar a mulher em programas assistenciais e de monitoramento por meio do acolhimento, trazendo a mulher a unidade de serviço de saúde. (LEMOS et al, 2024).

A integralidade do cuidado à saúde da mulher é uma diretriz essencial nas políticas públicas de saúde, sendo um dos princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). Mulheres com 50 anos ou mais (50+) representam um grupo que exige atenção especial devido às mudanças biopsicossociais inerentes a essa fase da vida, como o climatério, a menopausa, alterações hormonais, emocionais e sociais (PEREIRA; MARTINS, 2012; BRASIL, 2008).

A educação em saúde se mostra fundamental para que essas mulheres tenham conhecimento sobre suas demandas e possam tomar decisões informadas sobre sua saúde (SOUZA; NASCIMENTO, 2020).

No campo da Atenção Primária à Saúde, foi possível observar ações e também lacunas no cuidado integral às mulheres 50+, especialmente na orientação sobre menopausa, sexualidade, saúde emocional e bem-estar físico, aspectos ainda pouco abordados pelos serviços e, muitas vezes, inacessíveis para parte dessa população (MOURA et al., 2014; COSTA, 2010).

Nesta perspectiva, este relato de experiência tem como objetivo apresentar o desenvolvimento de um projeto de intervenção com foco em ações de promoção de saúde e integralidade do cuidado para mulheres 50+.

2. DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que está sendo desenvolvido no contexto da disciplina “Práticas Integradas em Ensino e Serviço - Comunidade”, por universitários do 5º período do curso de enfermagem do de um Centro Universitário Municipal. Abordaremos neste relato as experiências vivenciadas, até o momento, na construção do projeto.

Como trajetória metodológica, está sendo utilizada a metodologia da problematização (MP), mais conhecida como Arco de Maguerez. As etapas do Arco

são: observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, formulação de hipóteses de solução e aplicação à realidade (BERBEL, 1998).

Desenvolver projetos utilizando como “pano de fundo” essa metodologia busca proporcionar aos alunos uma reflexão e aplicação metodológica do Arco de Maguerez, cujo o qual tem como objetivo, analisar problemas e desenvolver soluções com o objetivo de relatar ações que abordaram uma situação vivenciada, conforme abordaremos as ações desenvolvidas até o momento e em cada etapa, a seguir:

2.1 Observação da Realidade

Diante da complexidade do cuidado integral à mulher e para melhor compreensão da temática mulheres 50+, o grupo de estudantes após contato com gestores de unidades básicas de saúde, realizou visitas a esses serviços, tendo como público-alvo as mulheres que aguardavam atendimento de saúde.

Os discentes abordaram mulheres com 50+ identificadas na lista de presença dos atendimentos com o objetivo de compreender quais as demandas desse público, ao iniciarem esse ciclo vital, para isso, durante a abordagem foi considerado o conceito ampliado de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, dessa forma sendo possível compreender não só as demandas em saúde propriamente ditas mas também aspectos sociais como atividades laborais, mentais voltadas a autopercepção acerca de realizações, projeções para o futuro e mudanças biológicas. Além do olhar para as Necessidades Humanas Básicas (NHB).

Para mais, os estudantes participaram também de uma roda com mulheres, em sala de aula, com representantes de 2 grupos de apoio à mulheres na comunidade, na faixa etária dos 50+. As discussões foram pautadas em perguntas norteadoras sendo:

- ✓ Olhando para você enquanto mulher de 50 anos, o que mudou?

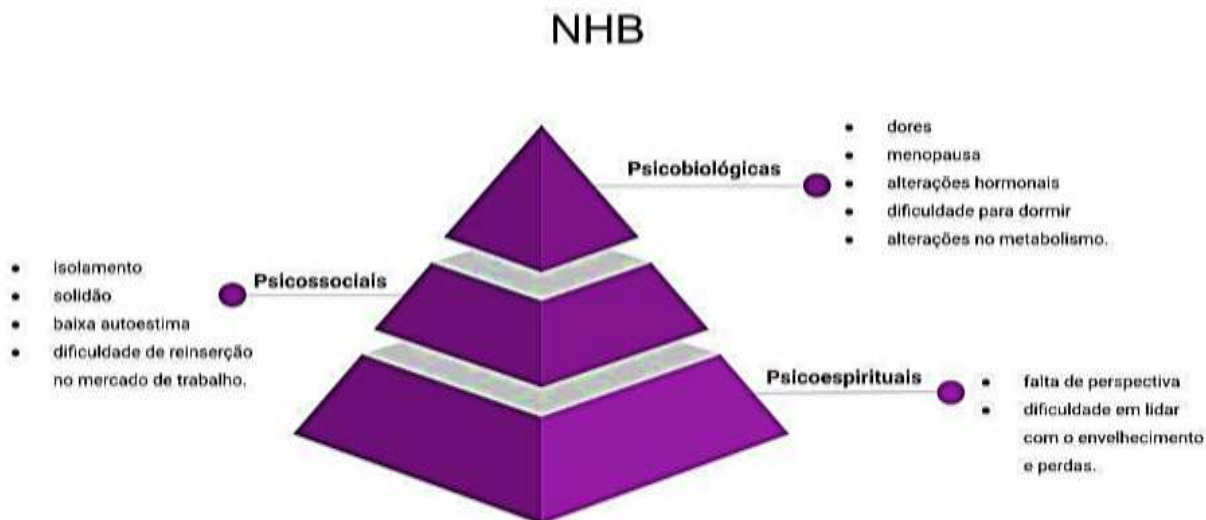
- ✓ Sobre exames preventivos, você tem o costume de fazer Papanicolau e mamografia?
- ✓ Você já está no climatério ou na menopausa?
- ✓ Em relação às suas dúvidas, o serviço consegue atender e responder às suas necessidades?
- ✓ Em relação ao autocuidado, quais as atividades de lazer que você faz?
- ✓ Em relação à parte sexual, no que toca à libido e lubrificação, você sente que mudou ao longo do tempo?
- ✓ Quando você participa de alguma atividade voltada para a mulher, você conhece essa realidade em Franca?
- ✓ Em relação às demandas ginecológicas, quais são as suas?
- ✓ Você falou sobre as mudanças na saúde, os desafios que enfrenta hoje. Quais são os principais?
- ✓ Você teve alguma orientação médica ou de enfermagem sobre as ondas de calor? Algum tratamento foi proposto?
- ✓ Quais são os desafios que você mais enfrenta hoje?

Foi possível identificar fatores como a importância de ter projeto de vida como objeto fundamental no escopo da saúde mental e social para realização no campo das atividades laborais, além disso, discorreram sobre a importância dos grupos mencionados no fortalecimento da força da mulher nessa faixa etária como estratégia de fortalecimento na rede de apoio.

Nesse sentido, as falas revelaram preocupações relacionadas à menopausa, dores crônicas, dificuldades emocionais, isolamento social, problemas financeiros, dificuldades no acesso à saúde e informações, além de mudanças significativas na vida sexual e no metabolismo.

Diante dessas vivências foi possível elencar diversas demandas e organizar os pontos-chaves em categorias, a partir do referencial das necessidades humanas básicas: Necessidades de Psicobiológicas; Psicossociais e Psicoespirituais, apresentadas a seguir:

Figura 1 - Apresentação dos resultados por NHB.



Fonte - os autores

2.2 Pontos Chaves

Na observação da realidade o grupo de estudantes elencou através das entrevistas com mulheres de 50+ realizadas as principais demandas trazidas em pauta dessas mulheres como a falta de conhecimento acerca de grupos assistenciais e de monitoramento voltados à mulheres, cujo quais, são importantes estratégias para estimular a promoção e integralidade do ser nos diversos contextos da vida.

Foi evidenciado durante as entrevistas demandas como menopausa e seus respectivos sintomas e a falta de acessibilidade financeira de recursos farmacológicos para alívio e controle dos sintomas dessa condição no Sistema Único de Saúde (SUS), as mulheres referiram utilizar medidas homeopáticas para controle dos sintomas da menopausa, ademais as entrevistadas também trouxeram demandas como dores no corpo, redução da libido e ressecamento cervical.

Por fim, houve a percepção dos discentes durante a entrevistas que mulheres que praticaram atividade física e estavam dentro do parâmetro adequado do Índice de Massa Corporal (IMC) e tinham hábitos de vida saudáveis como alimentação adequada sofrem menos com os sintomas da menopausa. Diante disso, o grupo de estudantes elencou os seguintes pontos chaves:

- ✓ Quais as diretrizes terapêuticas para assistência da mulher na menopausa?
- ✓ Quais as ações e serviços disponíveis no município que são ofertados às mulheres 50+ em busca da efetivação das diretrizes terapêuticas? (serviços da rede de saúde, da assistência social e da educação).

2.3 Teorização

Pensando acerca da pauta mulheres 50+, pesquisamos na literatura temas relevantes que foram apresentados por essas mulheres durante as entrevistas acerca das queixas mais frequentes que foi soberanamente apontada a menopausa e seus respectivos sinais e sintomas, ademais, considerando os pontos-chaves buscamos as diretrizes terapêuticas para assistência da mulher na menopausa, além disso foi feita pesquisa de campo de quais os serviços disponíveis para apoiar as mulheres que se encontram neste ciclo vital já que as entrevistadas referiram o desconhecimento de grupos e rede de apoio. Assim sendo, discutiremos a seguir o conceito teórico da menopausa, diretrizes terapêuticas para assistência da mulher na menopausa e quais grupos de apoio estão disponíveis no município de Franca.

Para Peres e colaboradores (2023), considerada um marco da transição do período reprodutivo para o não reprodutivo somada a cessação da menstruação em 12 meses consecutivos, a menopausa, é resultado da perda folicular ovariana que resulta também em mudanças endócrinas, apontadas essas mudanças no meio científico, como fisiológicas, pertencentes aos ciclo vital do envelhecimento. Também é descrito que a menopausa traz mudanças físicas e fisiológicas como a lubrificação vaginal que tende a demorar mais após a um estímulo sexual, assim como, há mudanças estruturais das paredes da vagina que perdem a rugosidade e o seus sulcos.

Além disso, o autor supracitado explica que acontece também o adelgaçamento da arquitetura da parede vagina o que os autores consideram o motivo da vagina se tornarem mais estreitas e mais curta o que pode gerar dispareunia. Vale ressaltar que a secura vaginal se dá devido ao hipoestrogenismo o que pode provocar algia e desconforto ao coito, ainda, é explicitado que mulheres

que se mantêm ativas sexualmente tendem a ter menos efeitos das mudanças supracitadas.

Ainda versando sobre a menopausa, a deterioração ovariana provoca a queda e flutuação do estrogênio, fator este, responsável por mudanças fisiológicas como sudorese e ondas de calor, devido alterações vasomotoras, padrão do sono prejudicado e mudanças no humor sendo esses os mais predominantes. É válido apontar, que fatores como estilo de vida, uso de drogas, atividade ou inatividade física, ou seja, fatores comportamentais e ambientais, podem influenciar na forma pela qual mulheres vivenciam a menopausa (OLIVEIRA et al, 2023).

Para mais, a fim de integrar a mulher que vivencia menopausa à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reconhecido a necessidade de assistência qualificada nesse novo ciclo vital da mulher, o Ministério da Saúde disponibiliza o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa cujo objetivo é orientar profissionais acerca do acolhimento ético dessa mulher no âmbito dos serviços de saúde, o manual reitera não só a necessidades biológicas mas também se atêm a outros aspectos importantes como os de promoção de saúde objetivando o encorajamento da mulher acerca do autocuidado através de adoção de hábitos de vida saudáveis, além disso, disponibiliza um robusto arsenal de manejo clínico para o tratamento dos sintomas da menopausa, considerando indicações e contra indicações, vale ressaltar que o manual foi elaborado com apoio de especialistas na área.(BRASIL, 2008).

Quanto a pesquisa territorial do que há disponível para mulheres 50+ na cidade de Franca podemos evidenciar o núcleo do grupo mulheres do Brasil. O grupo busca estimular o protagonismo feminino e atuar em diversas áreas, como saúde, educação, cultura, empreendedorismo, combate à violência contra a mulher, inserção de refugiados, igualdade racial e políticas públicas. Nesse sentido, é de suma importância sensibilizar mulheres 50+ acerca dessa rede de apoio que tem como objetivo o protagonismo da mulher na sociedade.

Também, por meio de pesquisa no site da prefeitura de Franca na aba de Ação Social foi possível identificar um programa pertinente o programa de Fundo Social de Solidariedade (FUSSOL) que tem por objetivo apoiar mulheres que buscam novos modelos laborais para obterem renda, haja vista, a mudança no papel da mulher na sociedade atual que se caracteriza por serem chefes de família, sendo

uma opção pertinente para que mulheres 50+ possam projetar um futuro com mais dignidade através do empreendedorismo.

2.4 Hipóteses de solução

Com base nas demandas identificadas, propõem-se ações que possam fortalecer essas mulheres, por meio de rodas de conversa para troca de experiências e fortalecimento da rede de apoio.

Produção e distribuição de folders informativos sobre menopausa, autocuidado e sexualidade, criação de grupo de acompanhamento multiprofissional para mulheres 50+, levando-as à prática de atividades físicas e orientação nutricional. Com base nas demandas identificadas, propõem-se:

AÇÃO	OBJETIVO
Roda de conversa	Fortalecer rede de apoio
Folders informativos	Promover informação e autocuidado
Grupo multiprofissional	Acompanhar e monitorar saúde
Atividade física / Orientação nutricional	Melhorar bem-estar geral

Figura 2 - Folder elaborado

MENOPAUSA X CLIMATÉRIO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde(OMS), o climatério é definido como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher.

A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade.



Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca



ELABORADO POR

Everson R. Da Silva
Isadora N. Fidelis
Luis Fernando A. Silva

DOCENTE RESPONSÁVEL

Dr. Patrícia Reis Alves dos Santos

Reinventando Ciclos: A Integralidade do Cuidado à Mulher 50+



EI, MULHER!

VOCÊ CONHECE SEU CORPO,
SEUS CICLOS REPRODUTIVOS?

ENTENDA A MENOPAUSA!

SINTOMAS



- Sensação de calor repentino
- Suor
- Secura vaginal
- Desconforto vaginal
- Aumento do fluxo menstrual
- Cansaço
- Estresse
- Insônia

QUAIS PROFISSIONAIS PROCURAR?

A consulta ginecológica:

- Avalia a sintomatologia;
- Identifica e rastreia doenças crônicas metabólicas e degenerativas;
- Avalia riscos e benefícios da THR;
- Prevenção de doenças.

Procure sempre um profissional médico ou enfermeiro!

MITOS x VERDADES

MITO

Todas as mulheres devem fazer reposição hormonal.

VERDADE

É comum ter picos de calor!

MITO

Durante o climatério a mulher não sente mais prazer sexual.

VERDADE

Durante o climatério é possível engravidar, Embora a fertilidade diminua significativamente.

TRATAMENTO

Na maioria dos casos, pode ser necessária incluir a THR (Terapia de Reposição Hormonal) como forma de aliviar os sintomas. Existem algumas alternativas que aliviam os sintomas dessa fase:

- Beber bastante água;
- Praticar exercícios físicos regularmente.

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO

Se priorize, se cuide, se proteja!
Seja a protagonista da sua história.

- Tenha uma alimentação saudável;
- Faça atividades físicas;
- Tenha hobbies/atividades de lazer;
- Evite fumo, álcool e drogas;
- Realize seus exames preventivos (papanicolaú/mamografia).



Fonte - os autores

2.5 Aplicação da Realidade

Esta etapa do projeto ainda será realizada, conforme proposta apresentada nas etapas anteriores. Propõe-se a aplicação das ações no território de atuação das unidades básicas de saúde parceiras, com participação de equipes dessas unidades, com participação ativa das mulheres envolvidas, promovendo escuta, diálogo, acolhimento e educação em saúde, por meio das ações planejadas.

3. RESULTADOS ESPERADOS

Este projeto tem como desejo evidenciar a importância da atuação do enfermeiro na promoção da saúde da mulher 50+. A ausência de informação e acolhimento pode contribuir para o sofrimento das mulheres nessa fase, o que não deve e nem precisa ser assim. A inserção de grupos de apoio, rodas de conversa, contato com informação via folders, realização e incentivo à prática de atividade física e orientação nutricional, são ações eficazes quando incorporadas na prática da atenção primária, gerando mudança e qualidade de vida para nosso público.

Com este projeto, esperamos promover um espaço de acolhimento, escuta e valorização das vivências das mulheres 50+, contribuindo para que elas se sintam fortalecidas, informadas e protagonistas do próprio cuidado. Acreditamos que, ao proporcionar rodas de conversa, materiais educativos e suporte multiprofissional, estimularemos o autocuidado, ampliando o acesso à informação e fortalecendo vínculos comunitários.

Nosso objetivo é que essas ações refletem em uma melhora na qualidade de vida dessas mulheres, na prevenção de agravos e no reconhecimento precoce de sinais de alerta, como os do AVC. Além disso, esperamos que a experiência como estudantes de enfermagem nos ajude a desenvolver um olhar mais sensível, crítico e comprometido com a prática profissional humanizada e transformadora.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio_menopausa.pdf. Acesso em: 25 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 25 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n. 9).

COSTA, A. M. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 573–585, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mPftn3WYBFk6jyNs5tBYXqv/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

DE ABREU OLIVEIRA, L. E. et al. Menopausa e seus efeitos comportamentais: como proceder? Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, p. e12112139479, 2023.

FERREIRA, A. P. et al. Prática de atividade física e composição corporal em mulheres na menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n. 9, p. 447–452, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/HJ8pJPQyS9p3S7jhFXyBDRq/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

FERREIRA, M. R.; DOS SANTOS, C. O. Recorte histórico da construção das políticas públicas para a saúde da mulher na atenção primária e o protagonismo do enfermeiro na sua implementação. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 11, p. 2018–2029, 2023.

LE MOS, A. dos S. et al. Saúde pública e gênero: um panorama sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 16, n. 2, 2024.

MARCELINO, A. F. P. et al. Exercício físico e menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, n. 5, p. 221–226, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/YXvqxVnMVDVYp96FsgH6Ggg/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

MARQUES, A. C.; SOUZA, J. M. Hormônios e mulheres na menopausa. *Psicologia em Pesquisa*, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 27–37, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/DTQVvk7GJnFSRMKMN48zQFWb/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

MOURA, L. A. S. et al. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 44–50,

2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/download/44822/34174>. Acesso em: 25 abr. 2025.

OLIVEIRA, F. G. et al. A importância da atividade física na qualidade de vida da mulher climatérica. *Anais da Semana de Pesquisa e Extensão UniBrasil*, Curitiba, v. 1, n. 1, 2022. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/7574>. Acesso em: 25 abr. 2025.

PERES, M. M. G.; SAKAMOTO, L. C.; DA SILVA, G. M. D. Conceitos atuais do tratamento hormonal em mulheres na pós-menopausa com transtorno do desejo sexual hipoativo. *Brazilian Journal of Development*, v. 9, n. 6, p. 19218–19238, 2023. PEREIRA, V. C.; MARTINS, M. A. N. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 403–412, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Wb8Js5hSLSnXVJ4LkqBCvLt/?format=pdf>. Acesso em: 25 abr. 2025.

ROSENBURG, C. P. S. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 381–388, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhhJTLJnr7cC8S64NXx/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

SOUZA, A. F.; NASCIMENTO, I. R. Promoção da saúde e qualidade de vida na pós-menopausa: um relato de experiência. *Revista Extensão & Sociedade*, Natal, v. 12, n. 2, p. 141–152, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/extensaoesociedade/article/download/32131/17398>. Acesso em: 25 abr. 2025.

VIEIRA, T. R. et al. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1005–1014, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/WZpBjSyd77KvNvP5rPGYL7F/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

**TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NO CLIMATÉRIO:
possibilidades e desafios - uma revisão bibliográfica**

Ana Laura Mouro Cervi
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
analaoramourocervi@outlook.com

Valéria Beghelli Ferreira
Doutora em Serviço Social – Uni- FACEF
valbeghelli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O climatério, período de transição entre o estágio reprodutivo e não reprodutivo da mulher, é caracterizado pelo declínio progressivo da função ovariana e da fertilidade feminina, geralmente abrangendo mulheres entre 40 e 65 anos. Durante esse contexto ocorre a menopausa, conceituada como a cessação permanente da menstruação que é reconhecida após 12 meses consecutivos de amenorreia, sendo, portanto, um diagnóstico clínico retrospectivo. Esta, pode ainda ser definida como precoce quando acontece antes dos 40 anos e tardia após os 55 anos (Baccaro, Paiva, et al., 2022).

A patogênese do climatério envolve aspectos hormonais complexos e apesar de incluir todo eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, o componente de maior relevância é o ovário. Gradualmente, ocorre a redução de folículos ovarianos e aqueles remanescentes tornam-se insensíveis à ação das gonadotrofinas hipofisárias (LH e FSH). Há, ainda nesse período, diminuição significativa do tamanho ovariano, o que sugere uma interrelação entre modificação volumétrica e capacidade funcional da gônada. Isto é, são observados menores volumes de ovários em mulheres pós-menopausa em comparação à pré-menopausa (Melo, 2010).

A produção hormonal ovariana tem seu início a partir da liberação pulsátil de GnRH pelo hipotálamo, que por sua vez estimula a adeno-hipófise a sintetizar FSH e LH, sendo que estas impulsionam os ovários a produzirem estrógeno, progesterona e testosterona. Durante o climatério, com a redução na capacidade de síntese hormonal ovariana, há um mecanismo de retroalimentação (feedback) gerando aumento do FSH e LH na tentativa de proporcionar maior produção hormonal por parte dos ovários (Urbanetz, 2021).

Os principais hormônios esteroides femininos são o estrogênio e a progesterona que possuem receptores específicos em grande parte das células do corpo. Existem subtipos de estrogênios, como estradiol, estrona e estriol, sendo que a estrona é o menos potente e o estradiol o mais potente metabolicamente. No climatério, com o declínio funcional ovariano, o esteroide predominante passa a ser a estrona, menos potente, através da aromatização periférica de androgênios. Esse processo converte hormônios como androstenediona e testosterona em estrona, principalmente no tecido adiposo. Portanto, embora a produção de estradiol pelos ovários reduza, a aromatização é responsável por uma quantidade significativa de estrona, que ainda proporciona algum suporte aos tecidos sensíveis ao estrogênio (Urbanetz, 2021).

Como supracitado, Nahas e Nahas-Neto (2019) destacam que esses hormônios possuem receptores em quase todas as células corporais, as alterações endócrinas que ocorrem no climatério geram por consequência manifestações clínicas sistêmicas que impactam de forma significativa na vida da mulher. Ainda segundo os autores, o quadro clínico frequentemente se inicia com ciclos menstruais irregulares, posteriormente surgem outros sintomas como os vasomotores, geniturinários, sexuais, emocionais, cognitivos, osteoarticulares, até mesmo interferência no risco cardiovascular e qualidade do sono.

Segundo Pinto et al. (2010), os sintomas vasomotores englobam os fogachos, também conhecidos como ondas de calor, e a sudorese noturna. Afetam cerca de 80% das mulheres pós-menopausa, considerados os mais incômodos do climatério, podendo permanecer por 3 a 10 anos em média. Ocorrem devido ao hipoestrogenismo que desregula centros termorregulatórios corporais e se manifestam como uma sensação de calor súbita, geralmente com início em face, pescoço e parte superior do tronco, generalizando posteriormente. Além disso, são associados à redução na concentração, qualidade do sono, aumento de irritabilidade, fadiga, comprometendo drasticamente a qualidade de vida da mulher.

Em relação à síndrome geniturinária da menopausa, Fernandes, et al. (2018) apontam que esta envolve sinais e sintomas vulvares, vaginais e do trato urinário baixo (uretra e bexiga). O estrogênio exerce função essencial na maturação epitelial vaginal, manutenção da microbiota local, além de manter um pH ácido fisiológico, protetivo contra microrganismos patogênicos. O hipoestrogenismo então,

gera repercussões como atrofia do epitélio vaginal, perda de colágeno e elasticidade, aumento do pH vaginal e diminuição na lubrificação fisiológica. Tais mudanças geram manifestações clínicas como ardor, irritação, atrofia, ressecamento vaginal, dispareunia, bem como disúria, polaciúria, noctúria, incontinência, urgência miccional e infecções vaginais e urinárias recorrentes.

Nesse ínterim, com as diversas manifestações provocadas por alterações hormonais complexas no climatério, a terapia de reposição hormonal (TRH) se encaixa como uma estratégia importante nesse período.

Esta se baseia em uso de hormônios esteroides para tratar manifestações clínicas, prevenir problemas de saúde a longo prazo e melhorar a qualidade de vida feminina. Pode ser utilizado estrógeno isolado ou associado a um progestágeno. O hormônio principal da TRH é o estrógeno, que trata efetivamente os sintomas associados ao climatério. As formulações disponíveis de 17 β -estradiol micronizado são estruturalmente idênticas a do estradiol, o estrogênio endógeno mais potente. Existem as TRH que possuem efeito sistêmico e também as de ação local. No que se diz respeito à sistêmica, há vias de administração distintas, como a oral ou transdérmica (gel ou adesivo cutâneo). Já as de ação local são por via vaginal. Apesar disso, a via oral é a mais utilizada pela facilidade de uso e pelo menor custo. Deve ser individualizada conforme o quadro clínico apresentado e riscos individuais e atualmente recomenda-se utilizar a menor dose capaz de aliviar sintomas com menor potencial de efeitos adversos (Sobrac, 2024).

A aplicabilidade e benefícios da TRH estão bem estabelecidos quando adequadamente indicado para mulheres que se encontram na janela de oportunidade, isto é, com menos de 10 anos de menopausa ou até os 60 anos de idade. O tratamento de escolha para os sintomas vasomotores é a TRH, e, nesse contexto, não foi observada outra terapêutica mais efetiva (Sobrac, 2024).

Em relação à síndrome geniturinária, também é constatado benefícios com a TRH. Observa-se ainda, que para as mulheres com sintomas apenas vaginais, não há necessidade de estrogênio sistêmico, o uso tópico promove benefício no trofismo da mucosa e alivia sintomas geniturinários além de corroborar com a premissa terapêutica de tratar a sintomatologia com a menor dose efetiva, reduzindo possíveis efeitos adversos (Pompei et al., 2018, p.25).

Outro benefício da TRH inclui a prevenção e tratamento da osteoporose pós-menopausa na medida em que o estrogênio inibe a reabsorção

óssea mediada por osteoclastos, exercendo efeitos benéficos e relevantes na densidade mineral óssea, reduzindo o risco de fraturas (Pompei et al., 2018).

No entanto, a THM não está isenta de desafios e riscos. Atualmente há muita preocupação tanto por parte dos médicos quanto das pacientes acerca dos seus riscos. Uma das principais razões para que seu uso seja feito com cautela seria, segundo os autores, a possibilidade de a TRH potencializar as chances de desenvolver repercussões clínicas como o câncer de mama, câncer de endométrio, trombose venosa profunda e até aumento do risco cardiovascular. Tal fato explica-se pela ampla divulgação dos riscos, na maioria das vezes de forma distorcida, sendo que vários fatores devem ser levados em consideração, como os tipos hormonais, o momento de início e duração da TRH, bem como fatores individuais e familiares envolvidos. Neste sentido, a decisão de iniciar a THM deve ser cuidadosamente ponderada, levando em conta o perfil de risco individual de cada paciente.

Portanto, é evidente a necessidade de pesquisas que busquem maior compreensão das possibilidades e benefícios do uso da TRH no climatério, assim como dos potenciais riscos e desafios do seu uso. Tais estudos são de extrema relevância, na medida em que auxiliam o médico na decisão da prescrição terapêutica adequada, com a premissa de minimizar efeitos adversos, bem como proporcionam maior entendimento por parte do paciente acerca do assunto, a fim de que se perpassem o âmbito das informações sem embasamento, para que assim possam ser pautadas em evidências científicas.

2. SAÚDE DA MULHER

As mulheres representam a maioria da população brasileira, correspondendo a cerca de 51,5%, que equivale a 104,5 milhões de habitantes. O Brasil vem apresentando transformações demográficas significativas e para ambos os sexos se observa uma inversão da pirâmide etária, com redução de nascimentos e respectivo aumento da expectativa de vida, que é cerca de 7 anos maior para mulheres em comparação aos homens (IBGE, 2022).

A saúde feminina no Brasil enfrenta desafios como desigualdades no acesso aos serviços de saúde, com mulheres negras e pardas mais afetadas,

refletindo maiores barreiras e desfechos menos favoráveis, como taxas mais altas de mortalidade materna e doenças crônicas (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por 45,5% dos óbitos evitáveis entre mulheres, dentre elas predominam as neoplasias, cardiopatias isquêmicas, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus. Entre as neoplasias, excetuando o câncer de pele não melanoma, destacam-se o câncer de mama, pulmão, colorretal e de útero. Programas de rastreamento são essenciais para a prevenção e detecção precoce dessas doenças (Ministério da Saúde, 2023; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU têm como meta, até 2030, garantir acesso universal à saúde sexual e reprodutiva. Essas ações promovem equidade de gênero, reduzem desigualdades, fortalecem a autonomia e melhoram a qualidade de vida das mulheres, integrando saúde reprodutiva em políticas nacionais. Entretanto, barreiras estruturais e culturais ainda dificultam o pleno exercício dos direitos reprodutivos e a inclusão feminina (Organização das Nações Unidas, 2019).

A qualidade de vida, segundo a OMS, é a percepção individual sobre sua posição na vida, considerando cultura, valores, objetivos e preocupações pessoais. É um conceito amplo que envolve dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, indo além da ausência de doenças, destacando autonomia, relações interpessoais e fatores externos que influenciam o cotidiano. (World Health Organization, 2012). A qualidade de vida feminina é influenciada por diversos fatores, como estado nutricional, renda e estado civil. Mulheres eutróficas e de maior renda têm melhores índices de bem-estar, enquanto aquelas com sobrepeso, estresse ou menor suporte familiar enfrentam maiores dificuldades (Nunes, 2023).

Para reduzir desigualdades, políticas públicas são indispensáveis. O SUS tem avançado no acesso à saúde, mas requer mais investimentos e estratégias específicas para assegurar cuidados igualitários e de qualidade a todas as mulheres (Campos; Silva; Santos, 2021).

3. CLIMATÉRIO – MENOPAUSA

O climatério é a transição entre o período reprodutivo e a senilidade, geralmente entre os 40 e 65 anos, marcado pela diminuição gradual da função ovariana e pela redução na produção de estrogênio e progesterona, que são essenciais para regulação do ciclo menstrual e diversas funções corporais, consequentemente afetando a qualidade de vida das mulheres (Baccaro; Paiva, et al., 2022).

A menopausa, diferentemente do climatério, é a cessação permanente da menstruação, confirmada após 12 meses consecutivos de amenorreia sem outras causas aparentes. A perimenopausa, fase de transição, tem duração média de 5 anos e é caracterizada por irregularidades no ciclo menstrual, sendo diagnosticada clinicamente em mulheres acima de 45 anos com sintomas típicos. Mulheres com idade maior que 45 anos que apresentem sintomas indicativos de hipoestrogenismo, o diagnóstico de síndrome climatérica é essencialmente clínico, sem necessidade de exames confirmatórios. Além disso, não há exames complementares obrigatórios no climatério, mas recomenda-se rastreamento individualizado de doenças crônicas e neoplasias conforme antecedentes e achados clínicos. Alguns exemplos de rotina básica poderão incluir mamografia, colpocitologia oncótica, ecografia transvaginal, laboratoriais como lipidograma, glicemia, TSH, dentre outros a depender do caso (Urbanetz, 2021).

Como um período de transição, o climatério marca o início uma nova fase do ciclo vital feminino, gerando diversas alterações tanto físicas como nos âmbitos social, amorosa, sexual e familiar. Essa etapa, com frequência, é vivenciada como uma crise pessoal, que impõe um olhar reflexivo acerca do passado, de suas histórias de vida e busquem ressignificar a organização do presente e do futuro. Esse momento também implica na reconstrução da identidade feminina. Ademais, a mulher contemporânea nesse processo de reconfiguração de si mesma enfrenta diversos desafios. Dentre estes, está o confronto com o papel sociocultural atribuído à mulher nesta faixa etária e a adaptação a tantas mudanças que ocorrem no período (Fernandes et al., 2018).

Embora seja uma etapa fisiológica, ela pode trazer alterações físicas, sociais e emocionais significativas. Mulheres podem experimentar sintomas como ondas de calor, insônia, irritabilidade e redução da densidade óssea, além de maior

vulnerabilidade a doenças cardiovasculares (Pinto et al., 2010; Sampaio; Medrado; Menegon, 2021).

Neves (2023) complementa que, durante o climatério, as manifestações neurogênicas, como ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações e insônia, são frequentes e podem estar ligadas à queda nos níveis de estrogênio. Essa redução hormonal afeta também o epitélio e os tecidos pélvicos, levando ao ressecamento vaginal, dispareunia e sintomas urinários. Na pele, o hipoestrogenismo reduz a produção de colágeno e ácido hialurônico, resultando em ressecamento, perda de elasticidade, rugas e manchas. Mudanças na função sexual são comuns, influenciadas por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Ainda segundo a autora, o apoio social, atividade física e uma boa autopercepção de saúde são associados a melhor função sexual, enquanto idade avançada e sintomas climatéricos, como fogachos, contribuem para disfunção sexual. Outros sinais incluem flacidez das mamas, presbiopia, alterações gengivais e maior tendência à obesidade do tipo androide devido a mudanças metabólicas.

Mudanças de humor, aliadas ao impacto social e psicológico do climatério, podem intensificar sentimentos negativos, como nervosismo e irritabilidade e desânimo, especialmente na perimenopausa. Além disso, os episódios de depressão maior são significativamente mais frequentes nesse período quando comparados a outras fases da vida. Ademais, problemas relacionados ao sono também podem ser observados, mesmo na ausência de sintomas vasomotores durante a madrugada, impactando negativamente o humor, a produtividade no trabalho, relações interpessoais e o bem-estar geral (Urbanetz, 2021).

4. TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

A terapia de reposição hormonal (TRH) é uma intervenção eficaz indicada para tratar sintomas da peri e pós-menopausa, como vasomotores moderados a graves, prevenir osteoporose e manejar sintomas vulvovaginais. Além disso, é recomendada em casos de hipoestrogenismo secundário ao

hipogonadismo, insuficiência ovariana prematura e ooforectomia bilateral (Pompei et al., 2018). Suas contraindicações incluem condições como doença hepática, sangramento vaginal sem causa esclarecida, histórico de câncer dependente de estrogênio, além de acidente vascular cerebral (AVC), doença coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), tromboembolismo venoso (TEV) prévio ou risco de doença tromboembólica hereditária (Pardini, 2014).

A avaliação prévia visa descartar contraindicações e determinar a melhor via de administração. A anamnese e exame físico descartam grande parte das contraindicações, mas achados suspeitos devem ser aprofundados com exames específicos a depender do caso. Ademais, alguns exames contribuem para escolha da melhor via. Estudos mostram que via transdérmica de estrogênio tem menor associação com eventos tromboembólicos, tornando essencial identificar mulheres mais propensas a desenvolverem placas de ateroma, bem como seu risco cardiovascular. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso do Escore Global de Risco de Framingham para essa avaliação. Por exemplo, mulheres com risco cardiovascular intermediário podem se beneficiar da via transdérmica. Da mesma forma, para aquelas com baixo risco cardiovascular, mas com níveis de triglicerídeos acima de 400mg/dL, a via transdérmica também é preferível. Já para pacientes com alto risco, estratégias não hormonais são mais indicadas (Sobrac, 2024).

A TRH envolve a administração de estrogênio isolado ou combinado com progestágeno, sendo que é o estrogênio que de fato será o responsável por tratar os sintomas. A escolha da via de administração deve ser individualizada, podendo ser oral ou transdérmica (gel ou adesivo cutâneo). A via oral afeta o metabolismo hepático, enquanto a transdérmica minimiza esses efeitos adversos (Leite et al., 2024).

Para sintomas exclusivamente vaginais, a administração de estrogênio via vaginal é eficaz, com baixo risco de absorção sistêmica, permitindo uso isolado em mulheres com útero, sem necessidade de associar progestágeno. Progestágenos são essenciais para proteger contra hiperplasia endometrial em mulheres com útero utilizando TRH sistêmica. A progesterona micronizada é considerada a opção mais segura e deve ser ajustada conforme a dose de estrogênio e o índice de massa corporal (Ronsoni, 2015).

5. DISCUSSÃO

O climatério marca o fim da função reprodutiva e traz mudanças hormonais que podem afetar significativamente a qualidade de vida da mulher. A terapia de reposição hormonal (TRH) tem se mostrado uma ferramenta eficaz no alívio dos sintomas dessa fase. No entanto, a TRH não é isenta de riscos e deve ser considerada com cautela com base nas particularidades e necessidades individuais de cada paciente. (Pompei et al., 2018).

Os sintomas vasomotores (SVM), como fogachos e sudorese noturna, acometem até 80% das mulheres no climatério, impactando o sono, a concentração e o bem-estar geral. A terapia hormonal (TH) é considerada o tratamento mais eficaz para esses sintomas, reduzindo sua frequência e intensidade de forma significativa. Tem benefícios observados em doses convencionais, baixas e ultrabaixas, tanto orais quanto transdérmicas (Faria et al., 2021).

A pele também é afetada pelo hipoestrogenismo, levando à redução de colágeno e espessura, bem como maior propensão a traumas e dermatoses. A TH pode estimular a renovação celular, aumentar o colágeno e melhorar a hidratação cutânea, apesar de os resultados variarem conforme fatores individuais, como sol, tabagismo, etnia e genética. A aplicação sistêmica e tópica de estrogênios, como estradiol, tem demonstrado benefícios, incluindo redução do ressecamento e melhora da elasticidade cutânea. Fitoestrogênios como a genisteína mostram potencial na manutenção da hidratação e preservação da matriz extracelular, mas faltam comprovações robustas (Neves, 2023).

Dentre os aspectos que impactam a qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a satisfação sexual como um fator essencial para o bem-estar humano. Disfunções sexuais são mais prevalentes na transição menopausal devido alterações hormonais, com queixas comuns como ressecamento vaginal, diminuição da libido e dispareunia, interferindo negativamente a qualidade de vida e a função sexual, trazendo desconforto e dificultando a intimidade. A síndrome geniturinária da menopausa (SGM) pode ser tratada com estrogênio vaginal, eficaz para lubrificação e trofismo genital. Por outro lado, a TH sistêmica também tem efeitos benéficos sobre o trofismo genital e é indicada para mulheres

com sintomas climatéricos sistêmicos associados aos geniturinários (Trento; Madeiro; Rufino, 2021).

O risco de depressão em mulheres no período do climatério é de 1,5 a 3 vezes maior que em outras fases. Entretanto, o impacto da TH sobre o humor nesse período permanece controverso, com estudos mostrando resultados variados e sem conclusões definitivas. A TH pode ajudar em casos leves durante a transição, mas não na pós-menopausa tardia. Casos graves requerem antidepressivos em conjunto (Galeno et al., 2024).

Distúrbios do sono, comuns no climatério, afetam até 60% das mulheres, especialmente com SVM. Tais desafios estão interligados com maior risco cardiovascular, diabetes tipo 2, redução no rendimento diurno e piora da qualidade de vida. Esses distúrbios são multifatoriais, tendo influências de origem não apenas hormonal. Estudos mostram que a TH melhora a qualidade do sono em mulheres com fogachos, porém não em casos sem essa queixa. Para mulheres na pós-menopausa tardia, os distúrbios do sono parecem ter causas não hormonais, sendo a TH pouco eficaz neste período (Galeno et al., 2024).

Por fim, a osteoporose, caracterizada por perda de resistência óssea, é mitigada pela TH, que melhora a densidade óssea e reduz o risco de fraturas. Contudo, os efeitos benéficos da TH diminuem após sua interrupção. Mudanças no estilo de vida, como dieta equilibrada e atividade física, cessação do tabagismo e etilismo, medidas para prevenir quedas e manutenção de níveis adequados de vitamina D e cálcio também são essenciais na prevenção de perda óssea (Mendes MC, 2024).

5.1 Terapias Alternativas para Sintomas da Menopausa e Climatério

A Terapia Hormonal da Menopausa (THM) oferece alívio eficaz dos sintomas menopáusicos, nem todas as mulheres podem ou desejam recorrer a tratamentos hormonais devido aos riscos associados. Assim, terapias alternativas, como fitoterápicos, suplementos dietéticos, mudanças no estilo de vida e intervenções farmacológicas não hormonais, surgem como opções viáveis, desde que alinhadas à orientação profissional (Sobrac, 2024).

Dentre as terapias comportamentais incluem exercícios físicos, perda de peso, dieta adequada, terapia cognitivo-comportamental (TCC), hipnose,

acupuntura e bloqueio de gânglio estrelado. Atividades físicas, embora não mostrem efeitos diretos nos sintomas vasomotores, ajudam na redução de sobrepeso e promovem benefícios ósseos e cardiovasculares (Daley et al., 2014; Cochrane, 2014). Dietas ricas em frutas, vegetais, grãos integrais e alimentos ricos em cálcio e vitamina D também favorecem a saúde óssea (Sánchez-Delgado et al., 2023).

Para Aarshageetha; Janci e Tharani (2023), a TCC consiste em uma associação de medidas assistenciais, que incluem psicoterapia especializada somada a técnicas de alívio de sintomas vasomotores, como respiração controlada, percepção física dos sinais e relaxamento.

Estudos demonstram eficácia na redução da intensidade e frequência dos sintomas vasomotores. Hipnose e técnicas como meditação e respiração profunda reduzem fogachos e melhoram saúde mental, emocional e qualidade do sono). Acupuntura e bloqueio de gânglio estrelado mostram efeitos promissores nos sintomas climatéricos, mas necessitam de estudos adicionais e, no caso do bloqueio de gânglio, é necessária indicação criteriosa devido ao caráter invasivo (Sobrac, 2024).

Sobre as terapias farmacológicas destacam-se os fitoterápicos, que envolve uso de plantas medicinais e seus extratos. Alguns exemplos são isoflavonas, trevo vermelho e Cimicifuga racemosa (Black cohosh), que possuem eficácia variável no alívio de sintomas vasomotores. Fitomedicamentos aprovados pela ANVISA para climatério incluem derivados de Glycine max (soja), Trifolium pratense (Trevo Vermelho) e Actaea racemosa (Black cohosh), embora sejam necessários mais estudos para validar sua eficácia devido às limitações metodológicas (Aarshageetha; Janci; Tharani, 2023; ANVISA, 2023). Além disso, os Inibidores de receptação de serotonina (ISRS), como paroxetina e escitalopram, e inibidores seletivos da recaptção da serotonina e norepinefrina (IRSNI), como venlafaxina, são alternativas eficazes à THM, reduzindo até 65% os fogachos, enquanto clonidina e gabapentina também mostram benefícios na redução da intensidade e frequência dos sintomas (Sobrac, 2024).

A combinação de pesquisa contínua e abordagens individualizadas é essencial para otimizar o manejo dos sintomas menopáusicos, promovendo melhor qualidade de vida às mulheres.

5.2 Riscos e Considerações

Apesar dos benefícios, o uso da TRH exige uma análise cuidadosa das complexidades da relação entre a terapia hormonal e o risco de câncer, incluindo os mecanismos subjacentes, as variações de risco entre diferentes tipos de terapia e as estratégias para mitigar esses riscos.

O risco de câncer de mama relacionado à TH é uma constante preocupação tanto entre as usuárias quanto médicos, sendo uma das principais causas de uma ou ambas partes temerem seu uso. Isso se deve à grande divulgação de estudos sobre o aumento desse risco, muitas vezes de forma distorcida. Importante destacar que fatores como tipos de progestagênios, momento de início, duração da TH, condições individuais e familiares têm impacto significativo nesse risco (Stute et al., 2024).

A terapia combinada de estrogênio e progesterona está associada a um maior risco de câncer de mama, enquanto a terapia com estrogênio isolado aumenta o risco de câncer endometrial em mulheres com útero intacto. A adição de progesterona à terapia de estrogênio é essencial para proteger o endométrio e reduzir esse risco (Tempfer et al., 2020; Stute et al., 2024).

O câncer de mama é uma das principais preocupações associadas à TRH. Estudos de grande porte, incluindo o Women's Health Initiative (WHI) e o Million Women Study (MWS), demonstraram uma associação entre o uso de TRH e um aumento no risco de câncer de mama. Esses estudos indicam que a terapia combinada de estrogênio e progesterona está associada a um risco significativamente maior de câncer de mama em comparação com a terapia de estrogênio isolada. (Sobrac, 2024)

No WHI, mulheres que usaram terapia combinada de estrogênio e progesterona apresentaram um aumento de 26% no risco de câncer de mama invasivo em comparação com aquelas que não usaram a terapia. Além disso, o risco aumentou com a duração da terapia (Stute et al., 2024).

Para Tempfer et al. (2020), os mecanismos pelos quais a TRH aumenta o risco de câncer de mama não são completamente compreendidos, mas

acredita-se que envolvam a estimulação do crescimento das células mamárias pelo estrogênio e pela progesterona. Segundo os autores, o estrogênio pode promover a proliferação celular, enquanto a progesterona pode aumentar a densidade mamária, o que pode dificultar a detecção precoce do câncer de mama

Os autores ainda destacam que o câncer de ovário é um tipo de câncer menos comum, mas altamente letal, e também tem sido associado ao uso de TRH. Estudos epidemiológicos sugerem que tanto a terapia de estrogênio isolada quanto a terapia combinada podem aumentar o risco de câncer de ovário. O MWS relatou que o risco de câncer de ovário aumentou em 20% entre mulheres que usaram TRH por cinco anos ou mais (Tempfer et al., 2020).

Embora os mecanismos exatos não sejam claros, Stute et al. (2024) acreditam que a estimulação hormonal possa promover alterações genéticas e epigenéticas nas células ovarianas, levando ao desenvolvimento do câncer. O estrogênio pode promover a proliferação celular e a resistência à apoptose, contribuindo para a carcinogênese ovariana

Estudos têm investigado a associação entre TRH e outros tipos de câncer, como câncer gástrico e pancreático. Tempfer et al. (2020) sugerem que a TRH pode estar associada a um risco aumentado de câncer gástrico, embora os dados sejam limitados. Por outro lado, Jang et al. (2023) encontraram uma associação entre o uso de TRH e uma redução no risco de câncer pancreático, especialmente com terapias apenas com estrogênio ou combinadas com estrogênio-progestina.

Os mecanismos pelos quais a TRH pode influenciar o risco de câncer gástrico ou pancreático não são bem compreendidos. É possível que os efeitos hormonais sobre a inflamação e o metabolismo celular desempenhem um papel na modulação do risco de desenvolvimento desses tipos de câncer (Jang et al., 2023).

Antes de iniciar a TRH, é crucial realizar uma avaliação individual de risco que inclua histórico familiar de câncer, fatores de risco pessoais e condições de saúde pré-existent. Isso ajuda a personalizar a terapia e a tomar decisões informadas sobre o tipo e a duração da TRH. Mulheres em TRH devem ser submetidas a monitoramento regular, incluindo exames clínicos e mamografias, para detectar precocemente qualquer sinal de câncer. A monitorização também ajuda a

ajustar a dosagem e o regime da TRH conforme necessário para minimizar os riscos. Limitar a duração da TRH pode ajudar a reduzir o risco de câncer. Estudos sugerem que o uso da TRH por um período curto (geralmente até cinco anos) está associado a um risco menor em comparação com o uso prolongado (Stute et al., 2024). A escolha da formulação hormonal é essencial para mitigar os riscos de câncer. Terapias com estrogênios naturais, como o 17 β -estradiol, em combinação com progesterona micronizada, podem oferecer um perfil de segurança mais favorável em comparação com formulações sintéticas (Stute et al., 2024).

A TRH pode proporcionar alívio significativo dos sintomas da menopausa e melhorar a qualidade de vida das mulheres. No entanto, é essencial estar ciente dos riscos associados, especialmente em relação ao câncer. A decisão de iniciar a TRH deve ser baseada em uma análise cuidadosa dos benefícios e riscos, levando em conta o perfil de risco individual da paciente. A personalização da terapia, o monitoramento regular e a limitação da duração da terapia são estratégias chave para maximizar os benefícios e minimizar os riscos. A pesquisa contínua e a prática clínica individualizada são fundamentais para otimizar o uso da TRH e fornecer cuidados de alta qualidade às mulheres na menopausa.

O risco de câncer endometrial (câncer do útero) está particularmente associado ao uso de terapia de estrogênio isolada sem a proteção de uma progestina. O estrogênio, quando administrado sem progesterona, pode estimular o crescimento do revestimento endometrial, levando à hiperplasia endometrial e, eventualmente, ao câncer endometrial (Tempfer et al., 2020). Para mitigar esse risco, a terapia combinada de estrogênio e progesterona é recomendada para mulheres que não fizeram histerectomia.

A progesterona atua antagonizando o efeito proliferativo do estrogênio no endométrio, reduzindo assim o risco de hiperplasia e câncer. A escolha do tipo de progestina e o regime de administração são cruciais para a proteção endometrial eficaz. Estudo mostrou que a administração contínua de progesterona pode oferecer melhor proteção endometrial em comparação com regimes cíclicos (Sobrac, 2024)

O sangramento uterino é um efeito colateral comum e preocupante associado ao uso de THM, especialmente durante os primeiros meses de tratamento. A incidência e a natureza do sangramento podem variar dependendo da

formulação hormonal utilizada, da dose e da via de administração. De acordo com Pickar et al. (2020), o sangramento uterino tende a melhorar com o tempo, e a THM oral geralmente proporciona melhor controle do sangramento em comparação com a THM transdérmica.

Estudos não comparativos mostraram que formulações como 1 mg/100 mg de E2/P4 oral e 0,0025 mg/0,5 mg de EE/NETA oral estão associadas a um melhor perfil de sangramento em comparação com outras formulações de THM combinada oral ou transdérmica contendo progestina. A incidência de sangramento geralmente diminui após dois ou três ciclos de uso de THM, e o número de mulheres que permanecem amenorreicas (sem sangramento) aumenta gradualmente ao longo do tempo. As taxas cumulativas de amenorreia foram significativamente maiores com a THM oral em comparação com a transdérmica (Pickar et al., 2020).

O uso de estrogênio isolado sem a proteção de progestinas em mulheres com útero intacto pode levar à hiperplasia endometrial e, eventualmente, ao câncer endometrial. Portanto, é essencial que a terapia combinada de estrogênio e progestina seja utilizada para proteger o endométrio (Sobrac, 2024)

A análise dos diferentes progestinas revela que a segurança endometrial varia de acordo com o tipo de progestina e o regime de administração. Progestinas como acetato de medroxiprogesterona (MPA), didrogesterona, acetato de nomegestrol (NOMAC), trimegestona (TMG), noretisterona (NETA), levonorgestrel (LNG), drospirenona (DRSP) e dienogest (DNG) têm sido estudadas quanto à sua segurança endometrial. A maioria dos estudos não relatou casos de hiperplasia endometrial ou câncer, com exceções pontuais (Sobrac, 2024)

A MPA, por exemplo, mostrou uma baixa incidência de hiperplasia e nenhum aumento significativo no risco de câncer endometrial. A didrogesterona também foi considerada segura, com poucos casos de hiperplasia e nenhum câncer relatado. Esses resultados destacam a importância de considerar a dosagem e o regime de administração ao escolher um progestagênio para proteção endometrial (Stute et al., 2024).

A maior incidência de sangramento uterino associada à maioria das formulações transdérmicas possivelmente limita as escolhas de uma THM transdérmica com tolerabilidade aceitável em relação ao sangramento. Mesmo com

doses baixas de E2/NETA transdérmica, foi relatada uma taxa de descontinuação um pouco maior em comparação com E2/NETA oral em um ensaio randomizado (Pickar et al., 2020).

Pickar et al. (2020) ressaltam, ainda, que além disso, o uso de estrogênio transdérmico combinado com progesterona oral é uma prática comum em alguns países, apesar de não ser amplamente regulamentada. Contudo, os autores afirmam que não há estudos suficientes que abordem adequadamente o perfil de sangramento ou a segurança endometrial dessa combinação. Essa área de incerteza destaca a necessidade de mais pesquisas para estabelecer diretrizes claras e garantir a segurança das pacientes.

A personalização da THM é essencial para equilibrar os benefícios e os riscos associados ao tratamento. A escolha da formulação hormonal, dose e via de administração deve ser baseada nas necessidades individuais da paciente, levando em consideração seu histórico médico, perfil de risco e preferências pessoais. O uso de THM transdérmica pode ser considerado para mulheres que apresentam risco elevado de tromboembolia venosa (TEV), enquanto a THM oral pode ser preferida para melhor controle do sangramento (Pickar et al., 2020).

Mulheres em THM devem ser monitoradas regularmente para detectar precocemente quaisquer sinais de complicações, como sangramento anormal ou hiperplasia endometrial. Isso pode incluir exames clínicos, ultrassonografias transvaginais e biópsias endometriais, quando necessário. O monitoramento regular permite ajustes na terapia conforme necessário para garantir a segurança e a eficácia do tratamento (Pickar et al., 2020).

A terapia hormonal da menopausa oferece benefícios significativos para aliviar os sintomas da menopausa e melhorar a qualidade de vida das mulheres. No entanto, o sangramento uterino e a segurança endometrial são desafios importantes que devem ser gerenciados com cuidado. A personalização da terapia, a escolha cuidadosa das formulações hormonais e o monitoramento regular são fundamentais para maximizar os benefícios da THM e minimizar os riscos. A pesquisa contínua e a prática clínica individualizada são essenciais para otimizar o uso da THM e proporcionar cuidados de alta qualidade às mulheres na menopausa (Pickar et al., 2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O climatério representa uma fase de transição significativa na vida das mulheres, marcada por alterações hormonais que influenciam diversos aspectos da saúde física e emocional. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) tem se mostrado eficaz no alívio dos sintomas da menopausa, como ondas de calor, suores noturnos, secura vaginal e alterações de humor, além de oferecer benefícios adicionais para a saúde cardiovascular, metabólica, óssea, da pele e função sexual.

No entanto, a TRH não é isenta de riscos, incluindo aumento da incidência de certos tipos de câncer, como o câncer de mama, endometrial e gástrico, além de riscos cardiovasculares, como tromboembolismo venoso, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.

Diante do embasamento bibliográfico, nota-se que a escolha da formulação hormonal, a dosagem e a via de administração corretas são cruciais para minimizar esses riscos e maximizar os benefícios. A personalização da terapia, baseada nas necessidades e perfis de risco individuais, é essencial para alcançar os melhores resultados. Terapias alternativas, como fitoterápicos, mudanças no estilo de vida e terapias não hormonais, também desempenham um papel importante no manejo dos sintomas da menopausa e podem ser consideradas para mulheres que não desejam ou não podem utilizar a TRH.

Apesar dos avanços já alcançados, ainda há importantes aspectos a serem explorados no conhecimento sobre o climatério e suas terapias. A pesquisa em curso, vinculada ao programa de bolsas da Iniciação Científica do Uni-FACEF, segue ativa e visa aprofundar os embasamentos teóricos, oferecendo novas perspectivas para o entendimento e manejo desta fase de transição. Assim, a continuidade e ampliação dos estudos são fundamentais para garantir abordagens terapêuticas mais seguras e eficazes.

REFERÊNCIAS

AARSHAGEETHA, P.; JANJI, PR Rani; THARANI, N. Devi. Role of alternate therapies to improve the quality of life in menopausal women: A systematic review. *Journal of Mid-life Health*, v. 14, n. 3, p. 153-158, 2023. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/4461/eb6a348bafc8d76b16eaec0edac6ed625cae.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BACCARO L. F. et al. Propedêutica mínima no climatério. FEMINA, v. 50, n. 5, p. 263-271, 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ05Z2022.pdf> acesso em: 15 out. 2024.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 6, p. 12, set. 2021. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/specific-link>. Acesso em: 30 out. 2024

DALEY, A. et al. Exercício para os sintomas vasomotores da menopausa. Cochrane Library, nov. 2014. Disponível em: https://www.cochrane.org/pt/CD006108/MENSTR_exercicio-para-os-sintomas-vasomotores-da-menopausa. Acesso em: 30 out. 2024.

FARIA, T. V. et al. Indicações recentes da terapia de reposição hormonal para mulheres na peri e pós-menopausa e suas contraindicações: revisão de literatura sistemática. Revista Percurso, Curitiba, v. 4, n. 41, p. 144-160, ago. 2021. ISSN 2316-880. Disponível em: <https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/6064>. Acesso em: 02 fev. 2025.

FERNANDES, C. G. C.; MARRONE, L. C. P.; SELBAC, M. T. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino: climatério à menopausa. Aletheia, v. 51, n. 1-2, p. 177-190, dez. 2018. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100016. Acesso em: 10 nov. 2024.

GALENO, R. S. et al. Menopausa e suas consequências psicológicas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 4, p. 1357-1367, jul. 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/479>. Acesso em: 12 nov. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 29 nov. 2024

LEITE, A. M. C. S. et al. Terapia de reposição hormonal em mulheres na menopausa: riscos e benefícios. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, Goiás, v. 6, n. 5, p. 356-363, mar. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p356-363>. Acesso em: 29 nov. 2024.

MELO, N. R. D. (org) Manual de Orientação Climatério. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5195884/mod_resource/content/1/Manual_Climaterio.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

MENDES, M. C. et al. Cuidados com a saúde óssea na mulher climatérica: reflexões sobre o tratamento da osteopenia. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 11, p. 674-682, out. 2024. Disponível em: <https://www.femina.org.br/artigos/cuidados-saude-ossea-climaterica-2024>. Acesso em: 12 dez. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico - Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Brasília, p. 70, 2023. ISSN 9352-7864. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>. Acesso em: 14 dez. 2024.

NAHAS, E. A. P.; NAHAS-NETO, J. Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos. *FEMINA*, v. 47, n. 7, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046536/femina-2019-477-443-448.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

NEVES, L. D. S. A. Menopausa e envelhecimento facial: uma revisão da literatura. Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, p. 18, 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/33139>. Acesso em: 02 jan. 2025.

NUNES, A. C. D. F. Qualidade de vida e condições de saúde de mulheres no climatério. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, p. 25, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/56867>. Acesso em: 02 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 20 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Câncer. OPAS, 2022. Disponível em: [https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=Os%20tipos%20de%20c%C3%A2ncer%20mais%20frequentemente%20diagnosticados%20em%20mulheres%20s%C3%A3o,p%C3%A2ncreas%20\(6%2C4%25\)](https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=Os%20tipos%20de%20c%C3%A2ncer%20mais%20frequentemente%20diagnosticados%20em%20mulheres%20s%C3%A3o,p%C3%A2ncreas%20(6%2C4%25)). Acesso em: 21 jan. 2025.

PARDINI, D. Terapia de reposição hormonal da menopausa. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 172-181, out. 2014. ISSN 0004-2730. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003044>. Acesso em: 29 jan. 2025.

PINTO, R. M. et al. Menopausa: tratamento hormonal e fitoterapia. *Revista interdisciplinar de Estudos Experimentais*, v. 1, n. 2, p. 32-37, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/23898-Texto%20do%20artigo-94222-1-10-20100621%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/23898-Texto%20do%20artigo-94222-1-10-20100621%20(1).pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.

POMPEI, L. D. M. et al. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC) – São Paulo: Leitura

Médica, 2018. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/files/libbs-2018-sobrac-1.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2025.

PICKAR, J. H. et al. Uterine bleeding with hormone therapies in menopausal women: a systematic review. *Climacteric*, v. 23, n. 6, p. 550-558, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32893694/> Acesso em: 03 fev. 2025.

RONSONI, M. F. Terapia Hormonal da Menopausa. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, p. 55, 2015. Disponível em: <https://www.sbemsc.org.br/wp-content/uploads/2021/06/13.30-Terapia-hormonal-da-menopausa-Marcelo.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2025.

SÁNCHEZ-DELGADO, J. C. et al. Combined effect of physical exercise and hormone replacement therapy on cardiovascular and metabolic health in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, Ribeirão Preto, v. 56, mar. 2023. ISSN 1414-431X. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjmb/a/TZDxg75Hm6RnJj36N3f8NRk/?format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SELBAC, M. T. et al. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino: climatério à menopausa. *Aletheia*, v. 51, n. 1-2, p. 177-190, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2024.

SOBRAC. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. São Paulo: SOBRAC, 2024. 142 p. Disponível em: <https://sobrac.org.br/acesse-o-consenso-brasileiro-de-th-do-climaterio-2024/>. Acesso em: 03 mar. 2025.

TEMPFER, C. B.; HILAL, Z.; KERN, P.; JUHASZ-BOESS, I.; REZNICZEK G. A. Menopausal Hormone Therapy and Risk of Endometrial Cancer: a systematic review. *Cancers*, v. 12, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7465414/>. Acesso em: 30 mar. 2025

TRENTO, S. R. S. S.; MADEIRO, A.; RUFINO, A. C. Função sexual e fatores associados em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Piauí, v. 43, n. 7, p. 522-529, ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/K3hHWFnxZFZdZttskpKX5yj?format=pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

URBANETZ, A. A. Ginecologia e Obstetrícia. 2ª. ed. São Paulo: Manole, 2021. Disponível em: <https://www.manole.com.br/ginecologia-e-obstetricia-2-edicao>. Acesso em: 29 mar. 2025.

VIVÊNCIAS ACADÊMICAS ACERCA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO PACIENTE COM NEOPLASIA

Larissa Aguiar Garcia
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
garcia.larissa813@gmail.com

Letícia Leal Taveira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
leticialtaveira@outlook.com

Maria Antonia Rodrigues de Souza
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
mariarodriguess1804@gmail.com

Maria Clara Mendonça Diniz
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
mariaclaramendoncadiniz@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos
Doutora em ciências- EERP
Docente do Departamento de Enfermagem e
Medicina– Uni-FACEF patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de saúde do Brasil que tem como princípios a garantia de um acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde em todo o território nacional. Para atingir esse propósito, ele se organiza de maneira a oferecer cuidados de qualidade, oportunos e adequados às necessidades de cada paciente, em todos os níveis de atenção, contando também com uma equipe multidisciplinar. Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem um modelo organizacional que visa integrar os serviços e ações de saúde, promovendo a continuidade do cuidado, reduzindo a fragmentação e garantindo uma abordagem integral, resolutiva e humanizada ao longo do percurso do usuário no sistema. (BRASIL, 2010).

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de distintas densidades tecnológicas, que buscam assegurar a integralidade do cuidado e promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde por

meio de cuidados primários, assistência especializada (ambulatorial e hospitalar) e atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2010).

A organização do SUS na lógica das redes fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de atenção. Dentre os serviços, ou também conhecidos como “pontos de atenção da rede” podemos citar os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, o hospital e todas esses cenários de cuidado são igualmente importantes no cuidado em saúde das pessoas e se distinguem pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

No contexto da atenção oncológica, destaca-se a rede temática “Hebe Camargo”, instituída com o objetivo de organizar e integrar o cuidado oferecido aos pacientes com câncer, contemplando todas as etapas da linha de cuidado: prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2022).

A organização do cuidado em rede faz-se importante uma vez que são esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que concentram cerca de 70% da incidência e o sistema de saúde precisa estar organizado para prestar o cuidado a esses pacientes, seja nas ações de rastreamento, de diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2022).

Dentro dessa lógica, é de suma importância o entendimento do conceito de itinerário terapêutico, a fim de se compreender a importância de sua delimitação, bem como a magnitude que a concepção de saúde e doença pode influenciá-lo. O itinerário terapêutico é o caminho percorrido por uma pessoa ou grupo na busca por cuidado diante de um problema de saúde, envolvendo decisões, trajetos, redes de apoio e práticas terapêuticas adotadas ao longo do processo (ALVES; SOUZA, 1999).

Esse percurso pode incluir diferentes fontes de cuidado, como os serviços formais de saúde (postos, hospitais, médicos), as redes sociais e familiares, além de práticas populares, como rezas, benzimentos e tratamentos caseiros.

Também estão presentes nesse caminho aspectos subjetivos, como crenças, emoções e espiritualidade, que influenciam de forma notável o sucesso do tratamento (DEMÉTRIO, SANTANA e PEREIRA-SANTOS, 2019).

O itinerário terapêutico não é linear e reflete a realidade de cada sujeito, influenciada por suas experiências, valores, condições sociais e barreiras de acesso. Ele pode ser analisado sob diferentes concepções de saúde: uma visão negativa, que entende saúde como ausência de doença e leva à busca por cuidado apenas após o adoecimento, e uma visão positiva, que considera saúde como bem-estar integral e valoriza o cuidado contínuo, mesmo sem a presença de sintomas. Assim, compreender o itinerário terapêutico é essencial para fortalecer a integralidade do cuidado e reconhecer a pluralidade de formas com que as pessoas constroem seus caminhos em saúde (DEMÉTRIO, SANTANA e PEREIRA-SANTOS, 2019).

Dessa maneira, tem-se a concepção que o sujeito pode buscar serviços que ultrapassem os cuidados médicos ou terapêuticos a saúde, a fim de alcançar medidas de promoção e prevenção da saúde (DEMÉTRIO, SANTANA e PEREIRA-SANTOS, 2019)

Na ótica do itinerário terapêutico, para além dos serviços da RAS, é fundamental o papel das instituições de apoio da comunidade civil, que atuam no acolhimento e na assistência aos pacientes e seus acompanhantes durante o tratamento, oferecendo suporte social, emocional e estrutural que complementam e fortalecem a rede de cuidado oncológico (BRASIL,2023).

Portanto, a experiência vivenciada durante uma visita técnica, foco deste relato de experiência, teve como propósito proporcionar aos estudantes de medicina o contato com pacientes em tratamento oncológico, possibilitando uma compreensão mais concreta, efetiva e sensível sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na Rede Hebe Camargo e no itinerário terapêutico, articulando teoria e prática.

Neste sentido, o objetivo deste relato é o de: Apresentar a vivência de estudantes de medicina na interação com pacientes oncológicos acompanhados pela Rede de Atenção à saúde (RAS)", com ênfase na compreensão dos caminhos percorridos pelos mesmos em busca de cuidado, incluindo suas decisões,

experiências, redes de apoio e os serviços utilizados ao longo do processo de enfrentamento da doença.

2. DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por estudantes de medicina do 3º semestre, no âmbito da uma Unidade Curricular de Extensão: Interação em Saúde na Comunidade, por meio de uma visita à Instituição de Apoio Nossa Senhora Aparecida (I.A.N.S.A), que acolhe pacientes oncológicos em tratamento no Hospital do Câncer em Franca.

Participaram da atividade 10 pacientes e acompanhantes, que se encontravam na instituição no momento da visita e aceitaram participar da atividade proposta pelas estudantes.

A atividade foi desenvolvida como parte da formação médica voltada à compreensão do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Redes de Atenção à Saúde, com enfoque especial na atenção oncológica e no papel das instituições de apoio social. A proposta da visita era de conhecer essas pessoas, suas vivências com o uso da RAS e o itinerário terapêutico percorrido por elas até o presente momento do tratamento, além de conhecer o papel de uma instituição de apoio nesse processo.

O I.A.N.S.A. é uma instituição de apoio para pacientes do Hospital do Câncer de Franca, foi criado por uma paciente, assistente social, que em 2010 foi diagnosticada com câncer de mama, aos 43 anos de idade. Nesse contexto, frente ao tratamento da enfermidade no hospital, percebeu que outras pessoas em situações de saúde semelhantes ou tão mais grave quanto a sua, passavam por dificuldades, principalmente as mais carentes que não possuíam recursos financeiros para alimentação ou ainda para pernoitar na cidade, seja para continuar o tratamento ou para acompanhar um familiar hospitalizado (IANSA, 2025).

Diante o exposto, a paciente decidiu alugar uma pequena casa nas proximidades do Hospital do Câncer de Franca e passou a convidar as pessoas em tratamento ou em acompanhamento de pacientes, no então hospital, para

conhecerem o espaço alugado e ainda receber de forma gratuita uma refeição e quando necessário a se hospedarem na casa.

Assim, surgiu a Instituição de Apoio, uma ONG, sem fins econômicos (IANSA), a qual conta com bazares e auxílio de voluntários, como: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, doadores e outros, que permitem o contínuo apoio emocional, jurídico, e de centenas de refeições aos pacientes em tratamento (IANSA).

Desde 2017, a Instituição de Apoio Nossa Senhora Aparecida tem dado um passo importante em seu caminho, e tem iniciado um processo de profissionalização, e crescimento, sem perder seus princípios base, que são o enfoque e uma essência de um acolhimento humanizado, efetivo, e de qualidade, buscando ampliar seu espaço, e consequentemente a quantidade de pessoas acolhidas em uma nova casa, a NOVA CASA DE APOIO I.A.N.S.A (IANSA).

Como percurso metodológico a atividade foi organizada em três etapas, sendo: 1) Preparação prévia dos estudantes; 2) Construção individual de cada paciente do seu itinerário na RAS e escuta ativa das histórias de vida e cuidado dos mesmos; 3) Roda de discussão em grupo para compartilhamento e reflexão das vivências.

Foi também elaborado pelos estudantes um plano de atividade descrevendo cada etapa a ser realizada, todos os materiais necessários para a ação, dentre outros pontos importantes para a execução, conforme apresenta-se a seguir:

Figura 1: Plano de atividade- O caminho no SUS em busca de boa saúde e bem estar.

PLANO DE ATIVIDADE
CURSO DE MEDICINA - UCE IESC 3

Professor(es): Patrícia Reis A Santos
Estudantes: Gabriela Ferreira, Larissa Aguiar e Letícia Leal Taveira.

Título: "O caminho no SUS em busca da boa saúde e bem-estar"

Introdução do tema e articulação com Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS
A rede de atenção à saúde é estruturada para garantir o acesso contínuo e integral da população ao serviço de saúde, de forma organizada e multisetorial, em que cada componente da rede é responsável por um nível de cuidado. Essa abordagem se alinha, especificamente, com o objetivo 3 do desenvolvimento sustentável, que visa assegurar uma vida saudável, com a boa saúde, e bem-estar geral da população.

Objetivos (para que?)
OBJETIVO GERAL: Mostrar, ampliar e discutir o conhecimento do público-alvo acerca das redes de atenção do SUS, bem como as experiências e vivências de cada um deles.
OBJETIVO ESPECÍFICO: Possibilitar que os estudantes de medicina compreendam o caminho de cuidado realizado pelos pacientes na rede, e identifiquem os principais desafios enfrentados. Possibilitar que os usuários do SUS tenham a percepção da organização das redes de atenção à saúde (esquema de referência e contrarreferência). Sensibilizar que os usuários do IANSA compreendam os serviços e ações oferecidos na rede.

Metodologia (Como?)
1º momento: conversa, cada pessoa constrói o seu trajeto pela rede, pessoas importantes, sentimentos.
2º momento: partilha de cada um, processo pela rede.
3º momento: nossa explicação sobre as redes, qual a função de cada uma, qual é atenção básica, qual é serviço de emergência, serviços de especialidade.

Quantidade de participantes da atividade
Público-alvo: indeterminado **Docentes:** 1 **Discentes:** 8

Descrição da comunidade a ser atendida: Apoio a pessoa em tratamento oncológico e seu acompanhante.

Demanda da comunidade/contexto: Assistência social e psicológica, alimentação, hospedagem, perucas.

Materiais necessários
- Folha de sulfite
- Fotos dos lugares.; -Canetinhas/ Lápis de cor; -Cola

Cronograma e responsáveis
Data da realização: 15/04/2025 **Responsáveis:** Gabriela Ferreira, Larissa Aguiar e Letícia Leal.

Gastos previstos: Indeterminados

Bibliografia (indicar a(s) fontes de estudo para elaboração da atividade): Rede Hebe Camargo; Mistério da Saúde

Apêndices (instrumentos elaborados pelo grupo, se houver)

Anexos (instrumentos de outros autores usados pelo grupo)
Folder das redes de atenção dos outros grupos

Av. Major Nicácio, 2433 - São José - Franca/SP - CEP 14401-135 – Tel (16) 3713-4688 - Fax (16) 3713-4605
www.unifacef.com.br

Fonte: as autoras

2.1 Preparação Prévia dos Estudantes

Para além de conhecer o serviço de apoio a pacientes oncológicos IANSA e a interação junto as pessoas que frequentam esse serviço, o grupo de estudantes tinha como proposta desenvolver uma atividade junto a essas pessoas, conforme plano de atividades supracitado.

A motivação para a escolha da temática “Rede de Atenção e Itinerários Terapêuticos” vem em continuidade aos objetivos do primeiro ano do curso no conhecimento do sistema único de saúde e o uso dos serviços pelos usuários. Neste sentido, surge a proposta de identificar a vivência dos pacientes desse local em busca do cuidado, diante do diagnóstico de câncer e discutir sobre o papel de cada ponto de atenção da RAS.

Assim, a preparação dos estudantes incluiu o estudo prévio e revisão de conteúdos teóricos fundamentais, como por exemplo a estrutura e dinâmica de referência e contrarreferência das redes assistenciais no SUS, a atuação da Rede Hebe Camargo no cuidado ao paciente com câncer, o conceito de itinerário terapêutico e a missão institucional do IANSA.

Essa etapa visou oferecer uma base crítica e reflexiva para que os estudantes pudessem compreender não apenas os aspectos clínicos do tratamento, mas também os determinantes sociais que influenciam no acesso, na continuidade e na integralidade do cuidado em saúde.

2.2 Construção Individual e Coletiva do Itinerário na RAS e Escuta Ativa das Histórias de Vida e Cuidado

Antes da interação aluno/paciente, membros da equipe da Casa de Apoio apresentaram aos discentes sobre o funcionamento e as demandas da instituição, bem como o espaço físico, captação de recursos e profissionais que atuam no cuidado.

Posteriormente, para o início da atividade planejada os estudantes realizaram um momento de interação e apresentação, com espaço para as apresentações pessoais como nome, cidade em que reside dentre outras. Foram também informados sobre o objetivo da visita pelos estudantes e da proposta de atividade sendo convidados a construir, por meio de colagens, desenhos e

esquemas livres, a representação do seu percurso individual pela rede de saúde, desde o surgimento dos primeiros sintomas, o diagnóstico e o tratamento em curso.

Nesse momento, a intencionalidade era de criar um espaço de expressão pessoal e escuta ativa, ao mesmo tempo em que se promovia uma forma sensível de aprendizado sobre a organização dos serviços de saúde sob a ótica do próprio usuário.

Para essa etapa os estudantes se dividiram em duplas de forma a acompanhar a acolher e auxiliar o paciente durante a participação da atividade. A conversa ocorreu, a partir de um discurso aberto, no qual cada paciente era convidado a relatar sobre o processo de diagnóstico e de tratamento do câncer. Por ser um diálogo, foram formulados questionamentos, como: "Qual foi o processo de descoberta do diagnóstico?", "Para quais unidades de saúde foi encaminhada, desde as manifestações dos sintomas da doença até o seu tratamento?".

Figura 2: Momento de interação individual

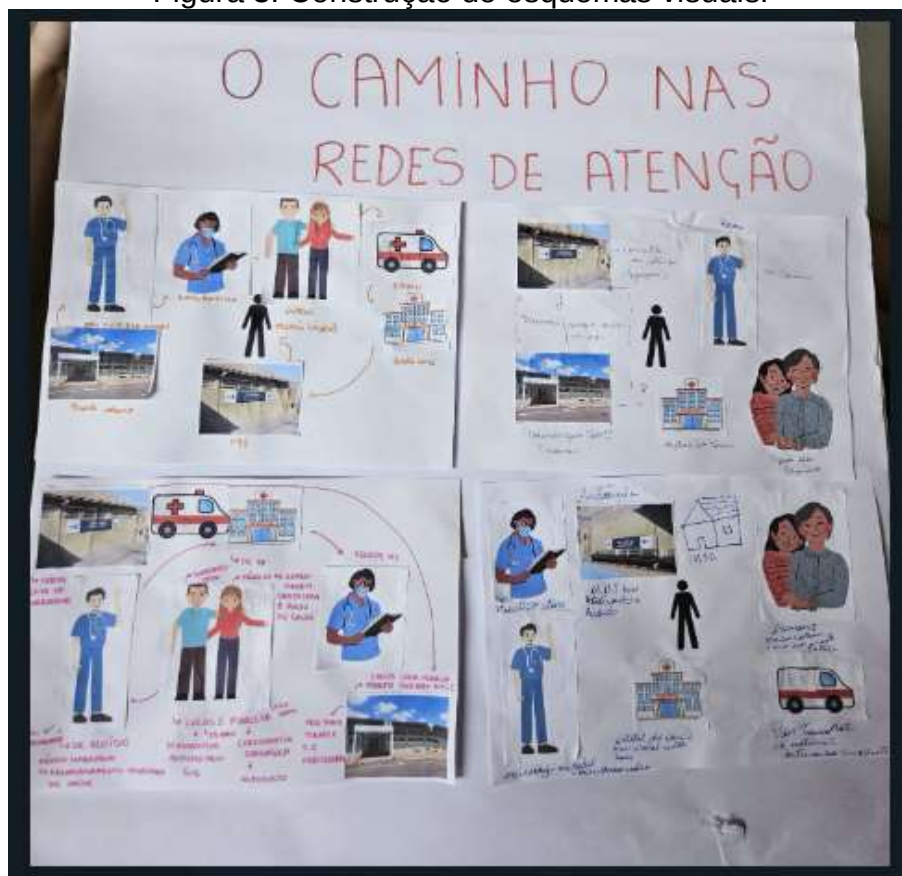


Fonte: arquivo das autoras

A construção dos esquemas visuais pelos pacientes revelou aspectos importantes do itinerário terapêutico: muitos destacaram em suas colagens pontos de referência afetiva e profissional, como um médico que comunicou o diagnóstico

de câncer, a unidade de saúde que os acolheu no início da jornada, ou ainda a própria casa de apoio, como elemento central de suporte, conforme é possível visualizar na imagem a seguir:

Figura 3: Construção de esquemas visuais.



Fonte: arquivo pessoal das autoras

Este momento possibilitou ouvir relatos espontâneos e acompanhar os esquemas construídos pelos próprios pacientes, assim os estudantes puderam compreender, de maneira sensível e concreta, o papel do IANSA como elo fundamental na rede de cuidado, atuando não apenas como um espaço de apoio logístico, mas como um ambiente acolhedor que humaniza o tratamento e contribui ativamente para a continuidade e a dignidade do cuidado em saúde, tanto dos pacientes como também seus acompanhantes

3.3 Roda de Discussão em Grupo para Compartilhamento e Reflexão das Vivências

Após a construção individual, as participantes foram convidadas a compartilhar seus caminhos para o diagnóstico e tratamento até o momento atual. Nesse momento foi possível observar que para além dos desafios da doença e do tratamento diversos relatos enfatizaram a potencialidade dos serviços de saúde, das equipes de saúde, bem como das pessoas da rede de apoio no processo do cuidado.

Na fala das participantes os caminhos percorridos na rede de saúde evidenciaram a importância de cada ponto de atenção para a integralidade do cuidado, relataram o vínculo com a atenção primária como coordenadora da rede ao encaminhamento para atenção secundária, bem com o acesso para a atenção terciária. Um dos relatos destacou o acompanhamento do médico da APS do tratamento atual da paciente, valorizando a importância da longitudinalidade do cuidado.

Ao final, esse momento coletivo de reflexões permitiu que os alunos compartilhassem suas impressões, consolidando um aprendizado que vai além da técnica: o reconhecimento da importância do olhar humano, da escuta qualificada e da construção de vínculos no cuidado em saúde, em conjunto com os pacientes, que elucidaram as possíveis potencialidades e fragilidades que o Sistema Único de Saúde oferecia para os devidos tratamentos.

Foi possível ampliar o conceito de itinerário terapêutico pelos estudantes, compreendendo que o cuidado em saúde é um processo complexo e multifatorial, necessitando da integração de diversos âmbitos, como o social, o biológico e o afetivo no processo de saúde e doença. Além de serem informados dos seus direitos para com as instituições da rede de saúde, a fim de garantir a integralidade do cuidado, ao saberem, por exemplo, dos exames ou tratamentos que poderiam ser feitos no município de Franca, quando estes estão ausentes nas suas cidades.

A vivência trouxe uma visão empática e enriquecedora, marcada pelo contato direto com histórias reais de vida, que revelaram não apenas os desafios do cuidado oncológico, mas também diversas demandas emocionais, sociais e terapêuticas que permeiam o cotidiano desses indivíduos.

Ademais, essa experiência foi essencial para compreender, na prática, como se articulam os diferentes níveis de atenção dentro da rede, além de revelar como o sistema é vivenciado emocionalmente pelos pacientes, com momentos de medo, superação e gratidão, contribuindo para a formação médica ao ampliar a visão dos estudantes sobre o cuidado em saúde, ao promover a humanização e empatia e ao aproximar os estudantes da realidade do SUS (Sistema Único de Saúde), assim como do cuidado multidisciplinar e apoio comunitário.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreender os itinerários terapêuticos dos pacientes ampliou significativamente a visão dos estudantes de Medicina sobre o cuidado em saúde, mostrando que ele não começa nem termina no hospital ou consultório, mas envolve trajetos complexos, marcados por decisões pessoais, barreiras de acesso e múltiplas formas de apoio.

Essa vivência fortalece a formação humanizada e integral, estimulando a empatia, a escuta qualificada e o respeito às dimensões sociais, culturais e emocionais de cada paciente, elementos essenciais para uma prática médica centrada na pessoa. Além disso, aproximou os estudantes da realidade do SUS e do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), permitindo compreender seus fluxos, limitações e potencialidades. A análise dos itinerários também ajudou a identificar barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento, incentivando uma postura crítica.

Por fim, foi possível identificar que o cuidado em saúde é necessariamente compartilhado, valorizando o papel da equipe multiprofissional, das instituições de apoio, da família e da comunidade no enfrentamento das doenças e na construção de um cuidado mais integral e colaborativo.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P.

C. S.; SOUZA, I. M. (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125–138.

IANSA. Quem somos. Instituto de Apoio Nossa Senhora Aparecida. Disponível em: <https://www.iansa.org.br/quem-somos>. Acesso em: 2 maio 2025.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025. 2022. Disponível em: c. Acesso em: 2 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. DE .; PEREIRA-SANTOS, M.. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe7, p. 204–221, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Articulação das Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupos de apoio atuam em parceria com o SUS no amparo a pacientes oncológicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 3 fev. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/grupos-de-apoio-atuam-em-parceria-com-o-sus-no-amparo-a-pacientes-oncologicos>. Acesso em: 4 maio 2025.

ÍNDICE

A

Ana Beatriz Souza, 67
Ana Carolina Garcia Braz, 2, 4, 5
Ana Laura Mouro Cervi, 112

D

Davy Henrique de Sousa Pelliciari, 24

E

Everson Ribeiro da Silva, 100

F

Fabício Pádua da Silva, 8

G

Gislaine Maria da Cruz Silva, 67

I

Isadora Neves Fidelis, 100

J

João Guilherme de Godoy Costa e Nascimento, 24
João Lucas Montanari⁴ Orientadora, 24
Josiane Maria Starling Duarte, 4

K

Kelly Cristiny Neves Silva Ferreira, 51
Kelly Jacqueline Barbosa, 4
Kerolaine da Silva Goulart, 51

L

Larissa Aguiar Garcia, 132

Laura Branquinho Silva, 67
Letícia Leal Taveira, 132
Lilian Puglas da Silva, 67
Luis Fernando de Araújo Silva, 100

M

Marcos Antônio Marçula Nunes de Oliveira, 51
Maria Antonia Rodrigues de Souza, 132
Maria Clara Mendonça Diniz, 132
Maria de Fátima Aveiro Colares, 3
Maria Theresa Simeda Faria Perin, 85
Maria Victória Coelho Dias Andrade, 24
Ms Márcia Cristina Taveira Pucci Green, 24

P

Patrícia Reis Alves dos Santos, 51, 100, 132
Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz, 38
Profa. Dra. Livia Maria, 8

S

Sara da Silva Rodrigues Oliveira, 100
Sofia Silva Prado, 51

T

Tiago Santana Gonçalves, 38

V

Valéria Beghelli Ferreira, 85, 112

Y

Yasmin Marangoni de Souza, 67

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688



I.C **Uni-FACEF**

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca